



Escola Nacional de Saúde Pública

Universidade Nova de Lisboa



VI MESTRADO DE GESTÃO DE SAÚDE

***“ADESÃO TERAPÊUTICA EM DOENTES SUBMETIDOS
A TRANSPLANTE HEPÁTICO E RENAL”***

Mestranda: Maria Fernanda Costa Henriques Moreno

Orientadores da Tese de Mestrado: Dra. Cláudia Furtado
Prof. Dr. João Pereira

2012

*“Por mais longa que seja a caminhada
o mais importante é dar
o primeiro passo.”*

Vinícius De Moraes

AGRADECIMENTOS

*À minha mãe, ao Vítor, ao Nuno e à Marta pelo tempo em família
que este trabalho nos “roubou” e por todo o amor e
carinho que me fazem sentir diariamente.*

*À Dra. Cláudia Furtado pelo incentivo, apoio incondicional
e “paciência infinita” na orientação desta tese.*

*A todos os doentes transplantados que com o seu
testemunho, tornaram este estudo possível.*

*À Margarida, à Lúcia e à Vanessa pela colaboração
na aplicação dos questionários.*

*A todos os colegas e amigos que me motivaram e ajudaram
a percorrer este caminho, sem hesitações.*

INDICE

1 – INTRODUÇÃO.....	1
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
2.1 - Conceito de adesão à terapêutica	4
2.2 - Medição da não adesão.....	6
2.2.1 - Métodos Diretos	6
2.2.2 - Métodos Indiretos	7
2.3. - A adesão terapêutica nos transplantados e resultados em saúde	8
2.4 - Custos da não adesão em transplantação.....	11
2.5 - Fatores que influenciam a adesão terapêutica nos doentes transplantados.....	12
2.5.1 - Fatores relacionados com o doente	14
2.5.2 - Fatores relacionados com a condição	16
2.5.3 - Fatores relacionados com a terapêutica	16
2.5.4 - Fatores relacionados com o sistema de prestação de cuidados	18
2.6 - Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica	19
2.7 - Caracterização da situação portuguesa	21
3 - METODOLOGIA.....	25
3.1 – Objetivo geral	25
3.2 – Objetivos específicos	25
3.3 - Instrumento de Medição	26
3.4 - Definição da amostra	28
3.5 - Aplicação do questionário	29
3.6 - Análise de dados	30
4 - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	32
4.1 - Caracterização da amostra	32
4.1.1 - Características sociodemográficas.....	32
4.1.2 - Fatores relacionados com a condição e terapêutica	33

4.2 – Avaliação da adesão terapêutica	35
4.2.1 - Avaliação da adesão aos medicamentos prescritos	35
4.2.2 – Cumprimento das indicações dos profissionais de saúde	36
4.2.3 – Associação da medida de não adesão aos medicamentos com potenciais fatores de risco	37
4.2.4 – Fatores que dificultam a adesão terapêutica	40
4.2.5 – Métodos utilizados pelos doentes para não se esquecerem de tomar os medicamentos.....	41
4.2.6 – Atitude adotada após comportamento de não adesão	42
4.2.7 – Fatores que contribuem para o cumprimento das indicações terapêuticas dos profissionais de saúde	42
4.3 – Análise descritiva da não adesão por tipo de transplante	43
4.3.1 – Caracterização da amostra por tipo de transplante	43
4.3.2 - Associação da não adesão aos medicamentos com o tipo de transplante	45
4.3.3 - Fatores que dificultam a adesão terapêutica por tipo de transplante	46
4.3.4 - Cumprimento das indicações dadas pelos profissionais de saúde por tipo de transplante	47
5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
5.1 - Limitações do estudo.....	58
5.2 - Implicação do estudo para a prática de saúde	60
6 - CONCLUSÕES	62
7 - BIBLIOGRAFIA	64
ANEXOS	72
ANEXO 1 - Questionário e consentimento informado	73
ANEXO 2 - Pedido de autorização para a colheita de dados	80
ANEXO 3 - Autorização para a colheita de dados.....	83
ANEXO 4 - Descrição das variáveis em estudo	85
ANEXO 5 – Testes estatísticos	89

ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Figura nº1 – Variáveis de não adesão categorizadas por Butler et al. (2004 ^b).....	12
Figura nº2 – Fatores de risco para a não adesão.....	13
Tabela 1: Recodificação das variáveis quantitativas	30
Tabela 2: Fatores sociodemográficos (n=75)	32
Tabela 3: Fatores relacionados com a condição terapêutica (n=75).....	34
Tabela 4: Caracterização da amostra segundo o diagnóstico.....	35
Gráfico 1: Ocorrência de comportamento de não adesão aos medicamentos prescritos.....	36
Tabela 5: Medidas de não adesão	36
Tabela 6: Cumprimento das indicações dos profissionais de saúde	37
Tabela 7: Associação da variável comportamento de não adesão com os fatores sociodemográficos.....	38
Tabela 8: Associação da variável comportamento de não adesão com os fatores relacionados com o regime terapêutico e condição.....	39
Tabela 9: Fatores que dificultam a adesão terapêutica (n=75)	40
Tabela 10: Métodos utilizados pelos doentes para não se esquecerem de tomar os medicamentos.....	41
Tabela 11: Atitude adotada quando se esquece de tomar a medicação	42
Tabela 12: Fatores que contribuem para o cumprimento das indicações terapêuticas dos profissionais de saúde	42
Gráfico 2: Comparação da idade por tipo de transplante	43
Tabela 13: Caracterização da amostra por tipo de transplante.....	44
Gráfico 3: Adesão à terapêutica por tipo de transplante	46
Tabela 14: Fatores que dificultam a adesão terapêutica por tipo de transplante	46
Tabela 15: Cumprimento das indicações dos profissionais de saúde por tipo de transplante	47

RESUMO

Introdução - A não adesão à terapêutica nos doentes transplantados foi identificada em diversos estudos e constitui um fator preditivo de morbilidade e mortalidade. Como em Portugal não existe um conhecimento aprofundado sobre os comportamentos de não adesão nos doentes transplantados, este estudo tem como objetivo a avaliação da adesão terapêutica nos doentes submetidos a transplante hepático e renal e a identificação de fatores associados à não adesão.

Metodologia - Foi elaborado e aplicado um questionário a uma amostra de doentes com mais de 18 anos submetidos a transplante renal ou hepático há mais de seis meses. Foi analisada a associação entre o comportamento de não adesão e fatores relacionados com o doente, condição, terapêutica e acesso aos serviços de saúde.

Resultados - Dos 75 inquiridos, 60% eram doentes transplantados de fígado e 40% transplantados renais, com uma média de 48 anos e maioritariamente do sexo masculino (65,3%). Entre os inquiridos, verificou-se que 44% admitiu ter tido um comportamento de não adesão aos medicamentos prescritos. Os doentes que reportaram comportamento de não adesão tinham uma média de idades de 44 anos, possuíam como escolaridade o ensino secundário ou curso profissional, trabalhavam ou estudavam, tomavam menos de oito comprimidos por dia e tinham sido transplantados há mais de 5 anos.

Adicionalmente, verificou-se que a dieta (28,8%), o exercício físico (33,3%) e o deixar de fumar (10,7%) são as indicações dadas pelos profissionais de saúde que os doentes referiram ter mais dificuldade em cumprir.

Conclusão - Com este estudo esperamos ter contribuído para aumentar o conhecimento sobre a adesão à terapêutica nos doentes transplantados, o qual deve ser aprofundado para permitir o desenvolvimento de estratégias efetivas de melhoria da adesão aos planos terapêuticos.

Palavras-chave: Adesão terapêutica, Transplante renal, Transplante hepático, Questionários.

ABSTRACT

Introduction - Treatment non adherence in transplant patients has been identified in numerous studies and is a predictive factor of morbidity and mortality in these patients. As the knowledge about the behaviors of non-adherence in transplant patients in Portugal is not very extensive this study aims to assess the treatment adherence in patients undergone liver and kidney transplantation as well as the identification of factors associated with non adherence.

Methodology - A questionnaire was developed and applied to a sample of patients with more than 18 years who undergone kidney or liver transplantation, more than six months ago. It was also analyzed the association between non adherent behavior and patient-related factors, condition, treatment and access to healthcare services.

Results - Out of 75 respondents, 60% were liver transplant patients and 40% were kidney transplant recipients, with an average age of 48 years and mostly male (65,3%). Amongst the respondents, 44% admitted having had already a non adherent behaviour to prescribed medications. Patients, who reported non adherent behaviour, had an average age of 44 years, secondary education or professional course, worked or studied, took less than eight pills a day and had been transplanted more than 5 years ago.

Additionally it was found that the diet (28.8%), exercise (33.3%) and smoking cessation (10.7%) stand as the indications given by healthcare professionals that patients reported having more difficulty to adhere.

Conclusion - With this study we hope to have contributed to increase knowledge about treatment adherence in transplant patients in Portugal, which must be deepened in order to allow the development of effective strategies to improve adherence to treatment plans in these patients.

Keywords: Treatment Adherence, kidney transplant, Liver transplant, Questionnaires.

1 – INTRODUÇÃO

A não adesão à terapêutica é um fator com crescente importância, manifestada por um grande número de doentes e que coloca em causa o sucesso do plano terapêutico (Haynes, 2002). As implicações que tem são de grande relevância na morbilidade e mortalidade dos doentes e no significativo aumento do consumo de cuidados de saúde e dos custos para o sistema de saúde (Machado, 2009).

A não adesão à terapêutica assume uma especial importância nos doentes transplantados. Nestes doentes a não adesão tem impacto no aumento da morbilidade e diminuição da qualidade de vida e pode originar, entre outros resultados, a rejeição do transplante.

Tendo em consideração que a população sujeita a transplante de órgãos é constituída maioritariamente por doentes crónicos, com elevado número de comorbilidades e histórico de utilização de cuidados de saúde, e para os quais o transplante é uma garantia de sobrevivência ou de melhoria significativa da qualidade de vida, seria esperado que estes doentes tivessem uma elevada adesão aos planos terapêuticos. No entanto, a literatura indica que as taxas de não adesão à terapêutica podem atingir valores máximos próximos dos 73% nos doentes transplantados (Stilley et al., 2010).

Tendo em consideração o impacto nos resultados em saúde e por serem terapêuticas que, em geral, persistem por toda a vida do doente, é importante para os profissionais de saúde conhecer quais as características dos indivíduos que apresentam uma maior tendência para comportamentos de não adesão e identificar em que momentos do processo terapêutico se tornam menos aderentes com as prescrições de medicamentos e com os cuidados de saúde. A caracterização destes doentes e a identificação de fatores associados a comportamentos de não adesão têm por isso sido amplamente estudados na literatura internacional (Dew et al., 2007). No entanto, a análise aplicada aos doentes transplantados em Portugal é ainda reduzida.

Em Portugal, os programas de transplantação de órgãos sólidos tiveram início na década de oitenta, com o transplante cardíaco e renal. Na década de noventa, tiveram início os programas de transplante hepático e pancreático e, posteriormente, os de pulmão e intestino (AAST, 2011).

Apesar de até ao final de 2011 já terem sido efetuados 9852 transplantes renais e 3293 transplantes hepáticos a nível nacional (SPT, 2011; ASST, 2011), verifica-se uma escassez de estudos nacionais sobre adesão à terapêutica em doentes transplantados. Os poucos estudos efetuados nesta área restringiram-se aos transplantados renais (Barros e Cabrita, 2000; Sequeira et al., 2009) e cardíacos (Santos et al., 2010; Catela e Amendoeira, 2010) que identificaram comportamentos de não adesão aos regimes terapêuticos.

Reconhecendo-se o impacto da não adesão nos resultados em saúde e nos gastos para o sistema de saúde, considerámos importante aprofundar o conhecimento nesta área em Portugal. Por este motivo, este estudo pretende contribuir para aumentar o conhecimento sobre a adesão à terapêutica, incluindo neste conceito os medicamentos prescritos e outras indicações dos profissionais de saúde. Adicionalmente, ao incluirmos nesta análise transplantados renais e hepáticos, pretendemos analisar se existem diferenças na adesão à terapêutica entre os dois tipos de transplantados.

Com os resultados deste estudo, pretendemos identificar áreas que devam ser alvo de análises mais aprofundadas com o objetivo de reconhecer os fatores que determinam os comportamentos de não adesão. Esse conhecimento permitirá, no futuro, melhorar as estratégias e criar ferramentas de apoio ao ensino para a saúde e gestão terapêutica que os profissionais de saúde utilizam para minorar o problema da não adesão.

O resto deste documento está estruturado do seguinte modo:

- No capítulo 2 efetua-se um enquadramento teórico do conceito de adesão, fatores de risco e vantagens e desvantagens dos vários métodos de medição da adesão à terapêutica. Efetua-se também uma breve caracterização dos transplantes em Portugal.
- No capítulo 3 apresenta-se a metodologia e em particular o instrumento de medição, a definição das variáveis em estudo assim como os testes estatísticos utilizados.
- No capítulo 4 são apresentados os resultados, iniciando-se a apresentação dos mesmos com uma breve caracterização da amostra, caracterização de comportamentos de não adesão e associação dos

mesmos, com os fatores relacionados com o doente, condição, regime terapêutico e acesso aos serviços de saúde. Ainda neste capítulo é efetuada uma breve caracterização da amostra desagregada por tipo de transplante assim como a avaliação da adesão à terapêutica por tipo de transplante.

- No capítulo 5 discutem-se os resultados obtidos, com base na literatura existente e no conhecimento empírico sobre a área em análise, bem como as limitações metodológicas presentes neste estudo. À discussão segue-se uma breve conclusão (capítulo 6).

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 - Conceito de adesão à terapêutica

O cumprimento dos regimes terapêuticos instituídos foi sempre uma preocupação dos profissionais de saúde. A falta de adesão ganhou uma particular importância quando se verificou qual a prevalência e as implicações que este problema tem no aumento das taxas de morbilidade e mortalidade (Lisson et al. 2005). Às consequências nos resultados em saúde associam-se elevados custos económicos num momento em que a escassez de recursos é transversal à maioria dos sistemas de saúde.

Inicialmente, esta preocupação cingia-se quase exclusivamente à utilização dos medicamentos prescritos. No entanto, ao estudarem algumas doenças crónicas, os investigadores rapidamente perceberam a existência de outros fatores que, de forma direta ou indireta, influenciavam os resultados de saúde obtidos pelo doente e que eram determinantes no sucesso terapêutico. Percebeu-se então que a não adesão também está relacionada com o facto de o doente não cumprir a dieta prescrita, não fazer o exercício recomendado, não alterar estilos de vida (consumos de drogas, tabaco e álcool), não ir às consultas recomendadas ou não fazer as análises prescritas. Segundo Klein e Gonçalves (2005), os comportamentos de não adesão são a resposta a uma falta de concordância entre as ideias que o doente tem relativas ao seu tratamento e as ideias do profissional de saúde.

Com o objetivo de traduzir mais corretamente esta problemática complexa surgiu o conceito de *compliance*, em que o doente, além de cumprir a prescrição medicamentosa, também cumpre as recomendações dos profissionais de saúde (Cabral e Silva, 2010; Fine et al., 2008). A North American Nursing Diagnosis Association definiu *compliance* como o grau em que o comportamento da pessoa e ou do cuidador coincide com a promoção da saúde ou plano terapêutico acordado com os profissionais de saúde (Prasad et al., 2005).

No entanto o termo *compliance*, ou cumprimento terapêutico, para alguns autores não exprime a verdadeira natureza do compromisso entre o doente e os profissionais de saúde, não só na toma dos medicamentos prescritos mas também no seguimento das recomendações relacionadas com

alterações comportamentais. No termo *compliance* faltava ainda o envolvimento do doente no planeamento do esquema terapêutico e das indicações que lhe são dadas pelas equipas de saúde. Surge assim o termo *adherence* (Prasad et al., 2005; Fine et al., 2009).

No conceito de *adherence* ou adesão terapêutica, é defendida a tese de que o doente deve ser envolvido no planeamento da sua terapêutica e estar em concordância com a mesma, aceitando-a e partilhando a responsabilidade do tratamento com a equipa multidisciplinar (Bugalho e Carneiro, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), com base nas definições de Haynes e Rand, dois investigadores que estudaram este problema na gestão de doenças crónicas, descreveu adesão terapêutica como a “...medida em que é avaliado o comportamento de uma pessoa - a tomar medicação, seguir uma dieta, e ou mudanças de estilo de vida, correspondentes com as recomendações de um profissional de saúde” (OMS, 2003). Neste processo o doente é parte integrante do tratamento e deve ter oportunidade de ajustar o seu regime terapêutico em sintonia com os profissionais, ou seja, deve haver compromisso entre cuidadores e pessoa cuidada na gestão do plano terapêutico.

Neste contexto, o processo de adesão passa por um envolvimento progressivo dos doentes, com o consequente crescimento na autonomia e gestão de todo o esquema terapêutico.

Kristeller e Rodin (1984), citados por Machado (2009), sugerem um modelo de desenvolvimento de adesão em que está subjacente este princípio. Neste modelo, o processo de adesão pode ser dividido em três fases, em que existe uma hierarquização dos termos já descritos:

Compliance corresponde a uma primeira fase, em que será alcançado o cumprimento por parte do doente em relação ao regime terapêutico instituído, seguindo as prescrições.

Adherence será quando o doente continua com a terapêutica, com vigilância limitada, em concordância com os profissionais de saúde, independentemente de poderem existir algumas situações conflituais.

Maintenance atinge-se com o doente a cumprir a terapêutica, sem vigilância e incorporando este comportamento no seu estilo de vida.

Apesar da existência de diferentes conceitos, na conferência de consenso sobre não adesão terapêutica, realizada em 2008, as várias entidades participantes decidiram que o termo mais adequado para definir adesão terapêutica seria **Adherence**, por ser a expressão que tem implícita uma parceria entre o doente e o profissional de saúde (Fine et al., 2009).

2.2 - Medição da não adesão

A não adesão terapêutica é um problema transversal a todo o tipo de doentes e as consequências da não adesão podem, e devem, ser avaliadas e medidas. Sendo um processo multifatorial e dependendo muitas vezes de fatores comportamentais, a medição da não adesão está longe de ser uma tarefa fácil e é difícil medi-la com precisão (Fine et al., 2009).

Prasad et al. (2005) referem que, em geral, a literatura aponta para o facto da não adesão ser mensurável e ser passível de previsão. No entanto, nos muitos estudos efetuados sobre este tema não tem havido grande uniformidade na forma de fazer esta avaliação.

A aplicação de questionários, o auto-relato de não adesão, o testemunho por parte de parentes, amigos ou cuidadores da toma de terapêutica, os diários dos doentes, assim como a avaliação médica baseada nos resultados, a monitorização dos níveis séricos das drogas, o reforço de receitas médicas solicitado pelos doentes, a contagem de comprimidos e a monitorização eletrónica, são alguns dos métodos utilizados para medir a adesão terapêutica (Ashish, 2005; KDIGO, 2009, Fine et al., 2009; Sequeira et al., 2009; Prendergast e Gaston, 2010).

Os métodos utilizados podem ser agrupados, de acordo com a sua natureza, em métodos diretos e métodos indiretos (Telles-Correia et al., 2007). Nos métodos diretos, que englobam a deteção dos fármacos ao nível sanguíneo ou a observação direta da administração, existe evidência da administração da terapêutica. Os métodos indiretos incluem a monitorização eletrónica, o auto-relato ou o levantamento de medicamentos na farmácia. Porém não providenciam evidência de que tenha ocorrido efetivamente a administração da terapêutica.

2.2.1 - Métodos Diretos

O **doseamento dos níveis séricos** de determinado medicamento é um método cuja principal vantagem é a sua grande objetividade. No entanto, pode não constituir um método completamente seguro nos casos em que as interações medicamentosas podem potenciar ou diminuir a absorção de determinado medicamento (situação comum com os imunossuppressores). Por outro lado, os níveis séricos definidos para os medicamentos podem não ser adaptáveis a todos os doentes.

Existem ainda doentes que, apesar de terem história assumida e documentada de não adesão, recomeçam a tomar os medicamentos alguns dias antes de efetuarem as análises, revelando

resultados pouco fiáveis para quem os vai interpretar. Para além destes inconvenientes, é um método pouco confortável para o doente (implicando uma análise), é caro e nem todos os medicamentos têm disponíveis métodos de avaliação sérica (Prasad et al., 2005).

Assim, podemos considerar que este método deve ser sempre associado a outros para se obterem resultados mais fidedignos. Muitos médicos monitorizam os seus doentes não exclusivamente pelo valor sérico de determinada droga mas associando-o com determinados parâmetros sanguíneos como a função renal e a função hepática.

A **observação direta dos doentes** é um método mais preciso mas apresenta como grande desvantagem a exigência de alguém com o doente para monitorizar as tomas da medicação, o que se revela impraticável na rotina diária.

2.2.2 - Métodos Indiretos

A **monitorização eletrónica** continua a ser considerada por muitos como o “*gold standard*” dos métodos indiretos na avaliação da não adesão (Denhaerynck, 2006; Sequeira et al., 2009; Fine et al., 2009; Prendergast e Gaston, 2010). As vantagens deste método consistem na sua grande precisão e em permitir a avaliação diária, refletindo a adesão ao longo do tempo e possibilitando a identificação do padrão da toma da medicação. Mas esta forma de medição isoladamente, e apesar de fiável, não parece constituir um método totalmente eficaz. Estudos incluindo diferentes métodos de avaliação da adesão terapêutica, efetuados por Butler et al. (2004^c) e Schafer-Keller et al. (2008), revelaram, respetivamente, que as entrevistas confidenciais fora do ambiente clínico e que o auto-relato dos doentes, combinados com os relatórios médicos mostravam ser métodos com maior sensibilidade que a monitorização eletrónica na avaliação deste problema.

No estudo efetuado por Butler et al. (2004^c), em que se compararam as taxas de não adesão entre a monitorização eletrónica e o auto-relato, verificou-se que os doentes mostravam baixas taxas de não adesão através da monitorização eletrónica mas ao ser efetuada a comparação com a avaliação dos níveis sanguíneos da imunossupressão, foi revelada outra realidade, tornando contraditórios os resultados anteriormente obtidos.

As principais desvantagens deste método prendem-se com o facto de ser caro e por isso nem sempre acessível, além de só dar com precisão a informação dos medicamentos retirados da embalagem.

A **contagem de comprimidos** e o **reforço de receitas médicas solicitado pelos doentes** são métodos fidedignos na avaliação do consumo mas não na toma do medicamento. O facto de o doente pedir um reforço de receitas ou não apresentar comprimidos nas embalagens, não quer dizer que tenha tomado os medicamentos prescritos. Adicionalmente, e como desvantagem, a contagem dos comprimidos poderá constituir uma tarefa muito morosa para os profissionais (Prasad et al., 2005).

O **questionário** é o método para avaliar a adesão à terapêutica de mais fácil aplicação e também o mais acessível aos investigadores, conseguindo-se obter as informações de forma imediata, sendo por isso um dos métodos mais utilizados isoladamente ou em conjunto com outras formas de avaliação. O questionário permite ainda uma boa caracterização da amostra, assim como a recolha de uma quantidade de informação de carácter relevante, que normalmente não está disponível com outros métodos. Apesar das vantagens já descritas, também tem desvantagens, nomeadamente o facto de estar dependente da honestidade e memória do doente e da forma como as perguntas estão formuladas, podendo facilmente haver uma distorção da realidade (Osterberg e Blaschke, 2005; Prasad et al., 2005).

Relativamente à aplicação da **entrevista**, Butler et al. (2004^c) afirmam que o auto-relato de não adesão numa entrevista confidencial constitui uma boa medida de adesão, mas acrescentam que a mesma não deve ser aplicada em ambiente clínico, podendo constituir esse aspeto uma desvantagem. Para Chapman (2004), o diagnóstico mais correto está relacionado com o facto de o doente admitir a não adesão à terapêutica prescrita.

Face ao exposto, e apesar dos vários métodos existentes, a avaliação da não adesão não constitui uma tarefa fácil. Perante as vantagens e inconvenientes dos vários métodos, a conduta aconselhada por vários estudos para a medição da não adesão é optar por uma abordagem combinada (Fine et al., 2009; Sequeira et al., 2009), tendo em consideração os recursos existentes.

2.3. - A adesão terapêutica nos transplantados e resultados em saúde

Com já foi referido, os doentes sujeitos a transplantação são na sua maioria doentes crónicos, para quem a única solução é este tratamento tecnicamente complexo dependente da existência de dadores de órgãos e, por isso, nem sempre disponível. Por este motivo, seria de esperar que estes doentes tivessem um comportamento diferente no que respeita à adesão terapêutica. No entanto, a literatura passada em revista revela que, a não adesão terapêutica também ocorre nos doentes

transplantados e Stilley et al. (2010) referem que não é específica de um tipo de transplante em particular.

Este problema tem sido transversal às últimas décadas. Em 1984, Cooper, citado por Telles-Correia et al. (2006), já referia a relação entre não adesão terapêutica em doentes transplantados, aumento dos custos médicos, excesso de utilização dos cuidados de saúde, redução da qualidade de vida e aumento da morbilidade e mortalidade. A não adesão foi nesse estudo identificada como causa de 21% de todos os insucessos e de 26% das mortes pós transplante.

Nas conclusões de uma meta análise efetuada por Dew et al. (2007), a partir de 147 estudos publicados entre 1981 e 2005, para medir o impacto da não adesão em doentes submetidos a transplante de órgãos sólidos, as taxas de não adesão são consideradas, pelos autores, inaceitáveis. Neste estudo os valores da não adesão aos imunossuppressores, dieta, exercício e outras necessidades de saúde, variam entre 19% a 25%, enquanto a reincidência em consumos aditivos como o álcool, drogas e tabaco foi entre 1% e 4%. Foi ainda verificado pelos mesmos autores que as taxas mais elevadas de não adesão aos imunossuppressores ocorriam nos doentes submetidos a transplante renal (36%).

No caso específico da adesão nos transplantados renais, Prendergast e Gaston (2010) efetuaram uma revisão da literatura sobre os estudos nesta área. Nessa revisão, a não adesão significativa foi estimada em 22%. De facto as taxas de não adesão são preocupantes, como nos transmitem Greenstein e Siegal (1999) através de um estudo com 1402 transplantados renais, em que 22,4% dos doentes relataram algum grau de não adesão. Dependendo do método pelo qual é avaliada, a não adesão pode atingir valores mais elevados, como no estudo efetuado por Lennerling e Forsberg (2012), em 250 transplantados renais suecos, em que a taxa de não adesão encontrada pelo auto-relato, através da aplicação de um questionário, foi de 54%.

A não adesão está ainda associada a um aumento da incidência de rejeição (aguda e crónica) e, consequentemente, à diminuição da sobrevida do enxerto, originando a reinstituição das terapêuticas depurativas e concorrendo desta forma para o aumento da morbilidade e mortalidade dos doentes. Prendergast e Gaston (2010) referem também que a não adesão pode constituir um fator concorrente para a perda do enxerto em aproximadamente 36% dos pacientes.

Numa meta análise de 10 estudos de coorte sobre não adesão terapêutica em transplantados renais, Butler et al. (2004^a) referem que a não adesão terapêutica aumenta sete vezes a possibilidade de falência do enxerto, quando comparado com os resultados de indivíduos aderentes.

A não adesão terapêutica poderá constituir a explicação para que a sobrevida do enxerto renal não tenha melhorado significativamente apesar do desenvolvimento farmacológico, nomeadamente dos imunossuppressores, observado nos últimos anos (Rosenberg et al., 2005). Por estes motivos, as *guidelines* para a prática clínica nos pós-transplante renal referem a importância que a deteção e prevenção de não adesão devem ter na prática clínica (KDIGO, 2009; Baker et al., 2011).

No que concerne à transplantação hepática, Stilley et al. (2010), num estudo sobre a análise dos fatores individuais e ambientais relacionados com a não adesão, referem que as principais causas de morbilidade e mortalidade nos transplantados hepáticos estão diretamente relacionadas com comportamentos não aderentes. Neste estudo verificou-se que a reincidência em consumos aditivos, como drogas, álcool e tabaco (5,6%), não tomar a medicação (73%) e não cumprir orientações dos profissionais de saúde (47%), está relacionado com o aparecimento de rejeições crónicas e neoplasias malignas em transplantados hepáticos.

Num estudo retrospectivo efetuado na Escócia sobre adesão terapêutica em doentes submetidos a transplante de fígado, em que foram utilizados os dados da base informática nacional, os autores chegaram à conclusão que a baixa adesão pode ter contribuído para a rejeição crónica e respetivos retransplantes em 30,6% dos casos e para a morte de 10,2% dos doentes (O'Carroll et al., 2006).

A importância deste problema é tão significativa que Murray e Carithers (2005), ao efetuarem as orientações para o transplante hepático, referem que um dos aspetos que deve ser avaliado no pré-transplante, a par da capacidade de suportar a cirurgia no intra e pós-operatório imediato, das comorbilidades, é a capacidade de adesão a um complexo regime terapêutico.

A comparação da adesão entre transplantados hepáticos e renais foi efetuada num estudo espanhol de Morales et al. (2011) através do auto-relato por questionário. O grau de não adesão encontrado foi de 7,4% para os renais e de 11,5% para os hepáticos. Apesar deste estudo ter sido efetuado a uma amostra de grandes dimensões, os doentes foram selecionados dentro de duas associações espanholas de doentes transplantados hepáticos e renais, ou seja, num subgrupo potencialmente mais motivado e informado, o que pode estar na origem de resultados mais baixos que na literatura em geral. Apesar dos eventuais problemas com a seleção da amostra, este estudo tem a mais-valia

de ter sido o primeiro estudo efetuado em Espanha com transplantados hepáticos e de ter identificado fatores associados à não adesão como a baixa qualidade de vida, normalmente associada a baixos níveis educacionais, idade elevada e regimes terapêuticos complexos, numa população social e culturalmente mais próxima da portuguesa.

Apesar da variedade na forma de medição da adesão e dos resultados encontrados apresentarem alguma disparidade, é unânime a ideia de que a não adesão terapêutica é um fator de extrema relevância para o sucesso de um transplante pois esta influencia a qualidade dos resultados de saúde obtidos e a esperança de vida dos doentes.

2.4 - Custos da não adesão em transplantação

Por fim os custos imputados à não adesão são importantes, nomeadamente numa época de recursos escassos e contenção económica. Bugalho e Carneiro (2004) sobre esta problemática referiram que *“Os custos diretos da falta de controlo da terapêutica aplicada a qualquer doença são três a quatro vezes superiores aos de um bom controlo. Os custos indiretos, como a diminuição da produtividade, a reforma antecipada e a morte, apresentam uma magnitude semelhante.”*

Segundo Pinsky et al. (2009), num estudo efetuado ao longo de três anos e onde foi relacionada a não adesão com o aumento dos custos em saúde, os doentes com não adesão persistente tiveram associado um aumento de US \$ 12 840 por doente, ao longo da duração do estudo.

A literatura disponível sobre transplante renal apresenta resultados com custos mais elevados entre doentes não aderentes, com maior consumo de cuidados de saúde, mais internamentos hospitalares, mais cuidados de ambulatório, maior recurso a lares de idosos, menor produtividade e mais despesas *“out-of-pocket”* por parte dos doentes e seus familiares (Germani et al., 2011).

Se falarmos em doenças crónicas, o impacto da não adesão neste tipo de doenças nos Estados Unidos foi estimado entre \$100 a \$300 bilhões de dólares por ano. Só no transplante de órgãos sólidos, estes valores são calculados entre \$15 a \$100 milhões de dólares (Fine et al., 2009).

Em Portugal existe um estudo em que foram comparados os custos com oitocentos doentes transplantados versus oitocentos doentes em hemodiálise. A hemodiálise é a consequência, a curto ou a médio prazo, para um doente transplantado renal não aderente. Nos resultados desse estudo

podemos observar que o custo de um doente em hemodiálise é de 28.493,40€ por ano, contra os 12.125€ de um doente transplantado, em consulta de *follow up* e após o primeiro ano de transplante, única altura em que os custos de um doente transplantado são mais elevados (Mota e Torres, 2009). Podemos concluir que cada transplantado renal com um grau de não adesão cuja consequência clínica seja o retomar a hemodiálise gasta em média, por ano, ao SNS, pelo menos o dobro de um doente transplantado com o enxerto funcionante.

2.5 - Fatores que influenciam a adesão terapêutica nos doentes transplantados

Tendo por base os comportamentos dos indivíduos, a não adesão terapêutica, tal como já foi identificado, é muitas vezes considerada multifatorial.

A identificação e estudo das variáveis que influenciam a não adesão têm sido o principal objetivo de alguns trabalhos. Butler et al. (2004^b) efetuaram um estudo onde foram identificadas diferentes variáveis associadas à adesão terapêutica de doentes transplantados renais. A avaliação foi efetuada através de monitorização eletrónica dos medicamentos (numa amostra de 58 doentes extraída de um estudo mais alargado (n=153), onde foram comparados vários métodos para medir a não adesão) e os fatores encontrados foram divididos em três grupos: sociodemográficos, psicossociais e relacionados diretamente com o transplante.

Figura nº1 – Variáveis de não adesão categorizadas por Butler et al. (2004^b)

SOCIODEMOGRÁFICAS	RELATIVAS AO TRANSPLANTE	PSICOSSOCIAIS
Idade	Número de transplantes	Crenças de saúde
Género	Tipo de dador	Crenças na medicação
Estado civil	Tempo desde o transplante	Saúde mental
Situação profissional	Nº de episódios de rejeição	Suporte social
Classe social	Correspondência HLA	Expectativa em relação ao transplante
Etnia	Tempo de diálise	
Grau de instrução	Dador diabético ou hipertenso	
	Duração de transplantes anteriores	
	Severidade da doença	
	Últimos detalhes médicos	
	Estado de saúde funcional	

Fonte: Adaptado de Butler et al. (2004^b). <http://ndt.oxfordjournals.org/content/19/12/3144>

Os fatores identificados neste estudo e passíveis de influenciar a não adesão diferiram na forma como foram avaliados e de acordo com a sua natureza. Foram identificados aqueles que mais influenciaram negativamente a adesão, respetivamente ser transplantado com um órgão de dador vivo e ter a crença de não necessitar de terapêutica. Houve ainda uma elevada percentagem de doentes com depressão mas que não foi significativamente associada à não adesão.

Com o intuito de identificar os fatores que influenciam a não adesão mas agora sob a perspetiva dos profissionais, Hathaway et al. (1999) efetuaram um estudo em setenta centros de transplantação americanos. Através das respostas dadas pelos profissionais, foram identificados como fatores não determinantes de não adesão a idade, o género, estado civil, situação profissional, classe social, etnia ou o grau de instrução. Foram considerados como fatores determinantes o conhecimento, uso de álcool e ou drogas, alterações psíquicas, efeitos secundários da terapêutica, dificuldades cognitivas e não adesão pré-transplante.

Numa meta análise efetuada a vários estudos, Fine et al. (2009) tentaram perceber quais são os fatores de risco de não aderência de doentes adultos submetidos a transplante. Como resultado dessa pesquisa, elencaram um conjunto de fatores de risco.

Figura nº2 – Fatores de risco para a não adesão

Fatores de risco

História de não adesão	Efeitos secundários da medicação
Doença psiquiátrica	Custo da medicação/copagamentos
Alteração da personalidade	Difícil acesso à medicação
Fraco suporte social	Regime terapêutico complexo
Abuso de substâncias tóxicas	Pouca consciência de saúde
Alterações cognitivas	Falta de planeamento de cuidados
Adolescência	Crenças negativas na medicação
Doença de longa duração	Falta de caixas para medicamentos e lembretes
Deficiente comunicação com o médico	Falta de conhecimento sobre os medicamentos
Débil relação médico /doente	Estatuto social
Pouco conhecimento da doença	Deficiente funcionamento a nível social
Pouca autoeficácia	História de abusos
Iliteracia	Raça/cultura

Fonte: Adaptado de Fine et al. (2009): <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-6143.2008.02495.x/pdf>

Face ao exposto, verificamos que os determinantes ou fatores de risco para a não adesão à terapêutica podem ser de natureza muito variada. Por este motivo, a Organização Mundial de Saúde

(2003) agrupou-os em fatores relacionados com o doente, com a condição, com a terapêutica e com o sistema de prestação de cuidados. Com base nesta divisão, sumariou-se a literatura sobre os fatores que afetam a adesão à terapêutica nos doentes transplantados.

2.5.1 - Fatores relacionados com o doente

Variáveis demográficas

Apesar de Murray e Carithers (2005) referirem que *“Não há limitação etária específica para o sucesso do transplante de fígado”*, outros autores identificam a idade como um dos fatores que pode influenciar a adesão dos doentes e assim, o sucesso terapêutico. Alguns dos estudos revistos, apesar de verificarem que a não adesão é transversal a todas as idades, relacionam comportamentos não aderentes com os mais jovens, identificando o pico máximo na adolescência (Bugalho e Carneiro 2004; Telles-Correia et al., 2006; Silva et al., 2009; Baker et al., 2011) e com maior expressão nos indivíduos do sexo masculino (Fine; 2009).

Em acordo com estes resultados estão Greenstein e Siegal (1999) que num estudo multicêntrico efetuado com 1402 transplantados renais de 56 centros americanos, verificaram que a adesão aumenta com a idade (na razão de 1,6 por cada ano de idade).

No entanto, este resultado não é consensual. Griffith (1990), num artigo de revisão, relaciona a não adesão com o aumento da idade ou seja, doentes mais velhos têm tendência a ser menos cuidadosos na toma da medicação.

Nível de instrução

Nas orientações emitidas pela Kidney Disease Improving Global Outcomes -Clinical Practice Guideline for de Care of Kidney Transplant Recipients (KDIGO) é referido que, em resultado de uma meta-análise efetuada a 164 estudos, o nível educacional está positivamente correlacionado com uma maior adesão terapêutica, nomeadamente nas doenças crónicas (KDIGO, 2009), resultado também corroborado por Fine et al. (2009). No mesmo sentido, estudos de Gordon et al. (2010) e de Morales et al. (2011) identificam o baixo nível de instrução, a par das disparidades socioeconómicas e sócio culturais, como um fator que influencia a não adesão e, consequentemente, a sobrevivência do enxerto.

Em oposição a estes resultados, Dobbles et al. (2005) referem um elevado nível educacional como fator para a não adesão em doentes transplantados.

Suporte social

A falta de suporte social pode condicionar o comportamento do doente em relação à sua terapêutica. A família, as organizações e as redes comunitárias podem ser consideradas a base para a melhoria da adesão terapêutica (Bugalho e Carneiro, 2004).

O facto de viver acompanhado, a existência de um familiar ou cuidador privilegiado, pode ser determinante no encorajamento do doente para o cumprimento de indicações terapêuticas e esquemas medicamentosos. São os doentes que possuem este tipo de suporte, aqueles que apresentam maiores graus de adesão (OMS, 2003; Rosenberg et al., 2005; Valentine et al., 2011; Germani et al., 2011; Morales et al., 2011; Lennerling e Forsberg, 2012).

Situação Profissional

As condições habitacionais e a situação profissional são também consideradas fatores de grande importância, influenciando direta ou indiretamente, esta problemática. (Bugalho e Carneiro, 2004; Butler et al., 2004^b; Cabral e Silva, 2010).

A situação profissional tem influência direta na capacidade económica e esta por sua vez no acesso aos cuidados de saúde (Denhaerynck, 2006), podendo também influenciar a estrutura social do indivíduo e indiretamente afetar a adesão (Dobbles et al., 2005; Morales et al., 2011).

Capacidade económica

A capacidade económica dos doentes pode também ser um fator de não adesão. KDIGO (2009), Balkrishnan (1998) e Ellis et al. (2004), nos estudos efetuados, referem existir relação entre capacidade económica e adesão.

Por sua vez, Gordon et al. (2010) e Fine et al. (2009) também estabelecem relação positiva entre capacidade económica e adesão pela facilidade de acesso aos cuidados de saúde. Um doente que more longe do centro de tratamento terá maior dificuldade em aceder aos cuidados de que necessita, quer pela falta de proximidade, quer pelos custos que lhe serão imputados para ultrapassar a distância (Denhaerynck, 2006).

No entanto, os resultados obtidos por Butler et al. (2004^b) não identificam associação entre a condição sócio económica e não adesão.

2.5.2 - Fatores relacionados com a condição

Tipo de transplante

Segundo o estudo efetuado por Dobbles et al. (2005) a não adesão terapêutica na fase de pré-transplante é praticamente igual nos vários tipos de transplante. Apesar de Stilley et al. (2010) afirmarem que a não adesão não é específica de um tipo de transplante mas sim transversal a todos, os estudos existentes têm resultados bastante díspares, dependendo das populações em estudo. Dew et al. (2007), na meta análise efetuada, referem taxas mais elevadas de não adesão nos transplantados renais, comparativamente com outros tipos de transplantados.

Por outro lado, Butler et al. (2004^b) referem existir uma forte relação entre a não adesão e o facto de se ter sido transplantado com um órgão de dador vivo.

2.5.3 - Fatores relacionados com a terapêutica

Duração do tratamento

Quando a função do órgão transplantado não é substituível de forma consistente por uma técnica artificial (caso das técnicas de depuração renal nos transplantes renais, ou da administração de insulina nos diabéticos, submetidos a transplante pancreático), os doentes transplantados ficam sujeitos a terapêutica imunossupressora em regime crónico até ao término das suas vidas.

Greenstein e Siegal (1999) num estudo sobre transplantados renais já referido anteriormente, concluíram que os doentes se tornam menos aderentes na razão direta da duração do seu transplante. Ou seja, quanto mais tempo de transplante têm, maior é o risco de não cumprirem a terapêutica e as indicações dos profissionais de saúde. Este resultado está de acordo com a literatura sobre não adesão à terapêutica na generalidade da população, referindo que esta é muito menor em doenças agudas que em doenças crónicas e que o problema se torna mais grave à medida que a duração do tratamento é maior (Osterberg e Blaschke, 2005).

Complexidade dos regimes terapêuticos

Prasad et al. referem que o facto dos doentes transplantados estarem sujeitos a regimes terapêuticos que incluem mais de oito medicamentos por dia em horários variados, consultas médicas semanais, análises sanguíneas e todas as indicações comportamentais e dietéticas, pode ser esmagador para a maioria das pessoas (Prasad et al., 2005).

O número de medicamentos prescritos parece ser um fator com relevância na adesão destes doentes. Atualmente, alguns laboratórios que produzem imunossupressores já desenvolveram

esforços para conseguir moléculas de libertação prolongada, de apenas uma administração diária, contribuindo assim para reduzir o número de medicamentos e de administrações a cumprir pelo doente. Todos estes esforços são efetuados na tentativa de responder a estudos que identificaram este fator como preditivo ou de risco na adesão terapêutica dos doentes transplantados (Kory, 1999; Prasad et al 2005; Ashish, 2005; Rosenberg, 2005; Fine et al., 2009; Morales, 2011; Valentine, 2011).

A necessidade de se conseguirem obter regimes terapêuticos mais simples, terapêuticas imunossupressoras mais evoluídas e um maior envolvimento entre doentes e profissionais também são seguramente fatores que irão contribuir para uma maior adesão (Prendergast et Gaston, 2010).

Osterberg e Blaschke (2005) defendem que a redução do número de doses diárias de medicação contribui para melhorar a adesão à terapêutica. No mesmo sentido, as *guidelines* da KDIGO (2009) para os doentes submetidos a transplante renal referem que o número de medicamentos prescritos e a frequência da dosagem tem um efeito negativo sobre as taxas de adesão. Segundo o mesmo organismo, o número de administrações tem uma grande influência na adesão, verificando-se que quando existem mais que dois momentos de tomas medicamentosas, a probabilidade de não adesão aumenta significativamente.

Efeitos adversos dos medicamentos

Um dos fatores de não adesão mais relatados pelos vários autores consiste nos efeitos secundários dos medicamentos (Bugalho e Carneiro, 2004; Chapman, 2005; Prasad et al 2005; Rosenberg et al., 2005; Osterberg e Blaschke, 2005; KDIGO, 2009; Drent et al., 2009; Valentine et al., 2011). Muitas vezes esses efeitos têm um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes, como é o caso das náuseas, vômitos e diarreias. As alterações da imagem corporal relacionadas com o hirsutismo nas mulheres, o fácies cushingoide, a ginecomastia nos homens, as alterações endocrinológicas (diabetes iatrogénica) e o aumento do peso corporal são fatores determinantes na adesão do doente à terapêutica instituída.

Crença na medicação

O doente que não acredita na necessidade e benefícios da administração da terapêutica apresenta um grande risco de se tornar não aderente (Greenstein e Siegal, 1999; Butler et al., 2004^b, Denhaerynck, 2006). Nos estudos efetuados pelos autores anteriormente referidos foi observada a relação sistemática da ausência ou de défice de crença na terapêutica com comportamentos de não adesão por parte dos doentes transplantados.

2.5.4 - Fatores relacionados com o sistema de prestação de cuidados

Profissionais de saúde

Segundo a OMS (2003), quando avaliamos a não adesão terapêutica é vulgar centrarmos a atenção nos fatores que dizem exclusivamente respeito ao doente. No entanto, este organismo alerta-nos para outros factores, como é o caso da organização das equipas de saúde. A qualidade da relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os doentes também determina a gestão do regime terapêutico a seguir (Denhaerynck, 2006; OMS, 2003).

Para além dos factores, já citados anteriormente, na compilação constante da *Clinical Practice Guideline for the Care of Kidney Transplant Recipients* (KDIGO, 2009) foram também identificados como fatores de grande importância (para a não adesão) a falta de acompanhamento por peritos em transplante e preparação e ensino antes do transplante inadequados. Estes aspetos têm particular interesse para os profissionais de saúde, constituindo uma das possíveis áreas de intervenção. Denhaerynck (2006) também encontrou uma correlação positiva entre não adesão e a falta de acompanhamento do doente por parte da equipa de transplante.

Além destes fatores de risco, existem outras situações que devem colocar aos profissionais de saúde a suspeita de não adesão, como o cancelamento ou adiamento frequente de consultas e análises, falta de resposta ao tratamento instituído e a própria admissão, por parte do doente, da dificuldade em seguir o regime terapêutico instituído (Fine et al., 2009).

Características da gestão

A organização dos cuidados de saúde, a nível nacional ou institucional, pode condicionar os resultados de saúde obtidos junto destes doentes. O número de consultas que cada doente tem no *follow up*, o tipo de acompanhamento ajustado aos seus comportamentos de não adesão ou o acesso a esclarecimentos por parte dos profissionais com as competências adequadas são fatores que podem permitir uma resolução eficaz do problema.

Denhaerynck (2006) efetuou um estudo com doentes transplantados renais em que comparou a adesão terapêutica em doentes de vários países europeus e americanos, encontrando pior adesão nos doentes americanos. O autor relaciona este facto com as diferenças existentes nos respetivos sistemas de saúde, nomeadamente pelo facto do sistema americano ser baseado em seguros.

Os fatores relacionados com as equipas de saúde e com a organização dos cuidados podem ser traduzidos em taxas de adesão muito diferentes de país para país.

2.6 - Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica

Nos objetivos dos estudos sobre esta problemática estão incluídos, melhorar a adesão, determinar a gravidade do problema e desenvolver estratégias profiláticas ou intervenções para resolver problemas potenciais ou já existentes dos doentes identificados como pacientes em risco (Prasad et al., 2005).

A falta de adesão terapêutica pode ser passível de mudança através de intervenções dos profissionais de saúde. Telles-Correia et al. (2007), numa abordagem fundamentalmente psicológica, referem que a adesão terapêutica pode resultar da combinação de vários fatores, nomeadamente do grau de satisfação do doente em relação às consultas, da compreensão da causa e extensão da sua doença e, por último, da capacidade de recordar as orientações dos profissionais de saúde.

Segundo Berben (2011), as intervenções dos profissionais para diminuir a não adesão terapêutica podem ser divididas em três grandes grupos:

- Intervenções cognitivas ou educacionais
- Intervenções comportamentais ou de aconselhamento
- Intervenções afetivas ou psicológicas

Nestas três categorias, as ações que mais se destacaram no estudo efetuado pela autora foram respetivamente e por categoria, facultar informação escrita, treinar o doente a tomar a sua medicação durante o internamento e estabelecer uma relação de parceria com o doente e pessoa significativa.

Nos programas educacionais ministrados aos doentes com o objetivo de diminuir a não adesão, existem alguns aspetos que devem ser reforçados em todas as consultas médicas e de enfermagem, tais como assegurar que os doentes conhecem os seus medicamentos pelo nome, qual a dose e a razão da prescrição. É também importante informar os doentes sobre os efeitos adversos das drogas e fornecer instruções escritas para cada mudança na dose ou frequência da medicação. Garantir que os doentes entendem a necessidade de continuar a tomar os imunossuppressores, mesmo que o órgão transplantado esteja a funcionar. Os doentes devem ser alertados para o facto de que a rejeição crónica pode ser insidiosa no início, difícil de diagnosticar nos seus estádios iniciais e muitas

vezes não ser reversível, uma vez estabelecida. Os profissionais de saúde devem explicar que existem outros meios de reduzir os efeitos adversos sem ser através da redução da dose. Sempre que o doente vai a uma consulta, deve-se ter em conta os problemas e preocupações dos mesmos.

Os doentes devem também estar elucidados de que a utilização exagerada de medicação, considerada, em termos comportamentais, má adesão, pode conduzir ao aparecimento de toxicidade e mais efeitos secundários (Cabral e Silva, 2010).

A par dos doentes, as famílias são uma peça fundamental em todo o processo terapêutico e por esse motivo tornando essenciais, as intervenções efetuadas junto dos doentes e famílias (Germani et al., 2011) para melhorar a adesão terapêutica. No entanto, estas ações devem enfatizar os benefícios da adesão ao contrário do que normalmente é efetuado, que passa por apenas salientar os malefícios da não adesão (Pinsky et al., 2009).

A capacidade de adesão dos doentes deve ser avaliada e tratada de forma eficaz antes de qualquer doente ser proposto e aceite para qualquer tipo de transplante. Esta problemática pode conduzir à necessidade de criar programas de aconselhamento, tratamento e, inclusive, internamento dos indivíduos, com o objetivo de prevenir a não adesão no pós-transplante (Murray e Carithers, 2005).

As intervenções comportamentais passam por dotar os doentes de conhecimentos que lhes permitam adequar o regime terapêutico ao seu estilo de vida. Neste processo, o profissional de saúde pode estabelecer acordos com os doentes sobre a melhor estratégia para cumprir a terapêutica e indicações dos profissionais.

Por último, as intervenções psicológicas também se revelam fundamentais em todo o processo. É indiscutível a importância das ações que são desenvolvidas no intuito de dar apoio psicológico aos doentes, tal como o apoio telefónico sempre que o doente necessita, envolvimento de familiares e aumentar a frequência de consultas sempre que tal se revele necessário (Berben, 2011). A relação estabelecida entre doentes e profissionais também influencia os resultados de saúde obtidos como afirmam Joyce-Moniz e Barros (2005), citados por Cabral e Silva (2010), *“A qualidade da relação de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes permanece, contudo, no centro da questão da adesão terapêutica, por aí passando as mais relevantes estratégias de melhoria da adesão”*.

Todos os profissionais que fazem parte de uma equipa de transplantação devem estar profundamente envolvidos na resolução desta problemática.

No que concerne aos enfermeiros, o seu papel pode ser relevante pela sua proximidade, podendo ter um papel catalisador ao facilitar a comunicação entre o doente e os restantes membros da equipa multidisciplinar (Prasad et al., 2005). *“A adesão ao regime terapêutico é um foco de atenção dos enfermeiros e uma necessidade em cuidados de enfermagem, com particular relevância no âmbito da gestão das doenças crónicas”* (Machado, 2009).

Os médicos, pela natureza da sua relação com o doente, têm um papel primordial neste processo. São eles que, frequentemente iniciam a negociação do regime terapêutico e a relação estabelecida nesse processo pode ser determinante na futura adesão do doente. A nível internacional, tem sido consistente a introdução de componentes relacionais na formação médica, pela importância que as mesmas têm na obtenção de resultados de saúde.

Os farmacêuticos constituem um importante elemento formador das populações, pela proximidade conhecimentos técnicos e capacidade de esclarecer dúvidas aos doentes. Nesta área e pelas características já mencionadas, estes profissionais têm, sem dúvida, um importante contributo no incremento da adesão à terapêutica.

Em resumo e apesar de só termos destacado alguns profissionais de saúde, todos os que estão envolvidos no processo terapêutico são importantes no combate deste problema e a relação e interação (aos vários níveis) que cada um estabelece com os doentes é determinante e preditiva da adesão do doente às suas indicações.

2.7 - Caracterização da situação portuguesa

Em Portugal, os programas de transplantação só tiveram início na década de oitenta, bastante mais tarde que na maioria dos países da Europa e, em particular, dos Estados Unidos. No que concerne à transplantação renal e hepática, existem oito centros de transplante renal (dois no Porto, um em Coimbra e cinco na área da grande Lisboa) e três centros de transplante hepático (situados em Lisboa, Coimbra e Porto). Como referido, os centros de transplantação estão concentrados nos grandes centros urbanos de Portugal continental, não existindo nenhum a nível insular nem no interior do país.

O *follow up* destes doentes que, nos transplantados mais recentes, pode ser bissemanal, semanal ou quinzenal (com exceção de alguns transplantados renais no norte do país, que são acompanhados por Nefrologistas do Hospital de Vila Real), é efetuado nos centros onde foram transplantados,

independentemente da distância a que residem. Nestes centros são também dispensados a maioria dos imunossuppressores necessários no pós-transplante, os quais são cedidos gratuitamente pelas farmácias hospitalares desses mesmos centros.

A existência de registos organizados a nível nacional sobre a atividade da transplantação é fundamental na realização de estudos representativos da população. Atualmente existe um registo nacional organizado para os transplantados renais, estando (actualmente) o registo nacional do transplante hepático em construção (ASST, 2011).

Transplante renal

Segundo dados estatísticos publicados pela Autoridade para os serviços de sangue e da transplantação (ASST) (2011), no período entre 1980 e 2010, foram submetidos a transplante renal 8903 indivíduos, dos quais 63% eram homens e 37% mulheres. A média de idades dos doentes à data de transplante (entre 1980 e 2010, n=8903) foi 42,8 anos, com um desvio padrão de 14,6 anos. É de referir que a média anteriormente referida tem vindo a aumentar pois, se nos reportarmos exclusivamente ao ano de 2010, a mesma subiu para 47,7 anos, com desvio padrão de 14,3 anos (n=528). Quanto à origem do órgão transplantado, verificou-se, que no período entre 1980 e 2010, 97,3% dos rins transplantados proveio de dador cadáver e só 6,3% de dador vivo.

Na análise aos diagnósticos principais dos doentes submetidos a transplante renal em 2010, verifica-se que a glomerulonefrite crónica (24,7%) foi o diagnóstico mais frequente, seguindo-se a hipertensão arterial (11,3%), doença poliquística (11,7%) e a diabetes (9,9%). No entanto, em 24,9% dos doentes não foi possível identificar a causa da insuficiência renal que conduziu ao transplante.

Neste registo foram ainda identificadas em 2010, as causas de 117 doentes terem perdido no período pós-transplante a função renal, com o consequente regresso à hemodiálise ou à diálise peritoneal. No entanto, a não adesão terapêutica nunca foi mencionada neste registo nacional como diagnóstico principal apesar de, a nível internacional, ser considerada uma das principais causas de insucesso terapêutico, como já foi anteriormente referido (ASST, 2011).

Transplante hepático

O transplante hepático, tal como já referido, ainda não possui registo nacional organizado, encontrando-se o mesmo em construção (ASST, 2011). Os dados existentes estão dispersos pelos cinco centros que já efetuaram transplantes hepáticos (atualmente os Centro Hospitalar de Lisboa Norte e Centro Hospitalar de São João têm os programas desativados). Por este facto, torna-se difícil

agrupar todos os dados neste trabalho, pelo que optámos por apresentar apenas os dados do Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação do Hospital Curry Cabral (CHBPT, 2011), onde foi efetuada a colheita de dados para este estudo e onde foi efetuado um grande número (n=1293) de todos os transplantes hepáticos (n=3293) já efetuados em Portugal até ao final de 2011 (ASST, 2011).

No período entre setembro de 1992 e outubro de 2011 (período em que foi efetuado o tratamento estatístico), foram efetuados 1282 transplantes em 1148 doentes, os quais maioritariamente se encontravam no escalão etário dos 41 aos 50 anos e eram do sexo masculino (66,28%).

No que concerne aos diagnósticos mais frequentes que estão na origem do transplante, constam a cirrose (viral, alcoólica, metabólica entre outras) com 39,6% das causas, seguindo-se a paramiloidose amiloidótica familiar (30,4%), a doença hepática maligna (22,1%) e a falência hepática aguda (7,1%).

A mortalidade global (engloba mortalidade operatória e tardia) foi estimada em 27% (n=314) e as causas de mortalidade foram agrupadas em função do tempo de transplante. No primeiro mês, a principal causa de morte foi a hemorragia, até ao primeiro ano (período de imunossupressão mais agressiva) foi a sépsis e após este período destacam-se as neoplasias.

Em consonância com o que verificamos no transplante renal, também neste centro o diagnóstico de não adesão terapêutica nunca foi considerado como causa principal de morbilidade e ou de mortalidade. Refere-se ainda que neste centro estão, atualmente, cerca de 90 doentes em lista ativa e que, no último ano, morreram 9 doentes à espera de um órgão para transplante (10%) (CHBPT, 2012).

Estudos portugueses sobre adesão em transplante renal e hepático e os respetivos resultados

Ainda que os estudos sobre adesão terapêutica em doentes transplantados (renais e hepáticos) aplicados ao contexto português sejam escassos, consideramos importante fazer uma breve apresentação dos resultados destes estudos para melhor enquadramento da problemática da adesão nestes doentes em Portugal.

Barros e Cabrita (2000) publicaram um estudo, resultado do seguimento durante dois anos de 113 transplantados renais após o transplante, cujo objetivo foi conhecer a prevalência de não adesão e os fatores que lhe estão associados. O método utilizado foi a entrevista e a não adesão foi medida pela existência de um comportamento de não adesão no mês anterior e esse comportamento ter sido verificado em pelo menos duas das seis entrevistas realizadas. A amostra era maioritariamente

masculina (65,9%), com uma média de idades de 44 anos, alfabetizados (86,3%) a viver com o cônjuge (69,4%) e profissionalmente ativos (58,9%). Os autores identificaram 16,8% dos doentes como não aderentes. Encontraram ainda associações estatisticamente significativas entre a não adesão e o aparecimento frequente de efeitos secundários e desconforto associado à medicação.

Em 2009, Sequeira et al. efetuaram um estudo observacional e prospetivo para comparar a adesão terapêutica em doentes transplantados renais (N=49) que tomavam dois tipos de imunossuppressores diferentes. Para avaliar a não adesão, utilizaram uma combinação de quatro métodos diferentes (monitorização eletrónica, contagem de comprimidos, níveis séricos e auto-relato). A média de idade dos doentes era de 47 anos e os homens estiveram em maioria nos dois grupos, respetivamente, 72,2% e 61,3%. Neste estudo, o grau de adesão para o auto-relato situou-se entre os 93,5% e os 94,4%, mas quando foi associado ao grau de não adesão observado através de outras formas de medida, o total global de não aderentes foi de 22,4%.

Não encontramos nenhum estudo publicado que medisse a não adesão terapêutica em transplantados hepáticos portugueses.

Como é possível observar, os estudos nesta área são escassos e centram-se na adesão aos medicamentos prescritos, mas os resultados indiciam a existência de um problema de adesão à terapêutica nos doentes transplantados em Portugal.

Portugal é um dos países do mundo com mais colheitas de órgãos por milhão de habitante (ASST, 2011) no entanto, continuam a morrer, como anteriormente referido, doentes em lista de espera para transplante, por falta de um órgão em tempo útil. Reduzir a não adesão nos doentes transplantados poderá constituir uma forma de utilizar com mais racionalidade os recursos disponíveis nesta área.

3 - METODOLOGIA

Após a revisão da literatura verificámos que existe um conhecimento reduzido sobre a adesão terapêutica nos doentes transplantados renais em Portugal e é inexistente nos doentes transplantados hepáticos. Por este motivo, este estudo está orientado para a avaliação da adesão à terapêutica e exploração das possíveis relações existentes entre variáveis, que já foram identificadas noutros estudos mas cuja aplicabilidade ao contexto português tem sido reduzida.

O presente estudo caracteriza-se por ser um estudo descritivo, transversal, que pretende caracterizar os comportamentos de adesão nos doentes transplantados renais e hepáticos, num determinado período de tempo, através da aplicação de questionários.

3.1 – Objetivo geral

Este estudo tem por objetivo principal caracterizar os comportamentos de não adesão à terapêutica nos doentes submetidos a transplante hepático e renal.

3.2 – Objetivos específicos

Como objetivos específicos pretende-se:

- Avaliar o grau de adesão aos medicamentos prescritos;
- Caracterizar o perfil dos doentes não aderentes aos medicamentos;
- Observar se existe diferença nos comportamentos de não adesão aos medicamentos entre transplantados hepáticos e renais.
- Identificar o grau de dificuldade na adesão a outras indicações fornecidas pelos profissionais de saúde, como a dieta ou a prática de exercício físico;

Os resultados obtidos devem permitir identificar as áreas em que será mais adequado os profissionais de saúde intervirem no sentido de reduzir a não adesão.

3.3 - Instrumento de Medição

Osterberg e Blaschke (2005), ao identificarem os vários métodos suscetíveis de serem utilizados para avaliar a adesão à terapêutica, destacam o questionário por permitir uma boa caracterização da amostra, assim como a recolha de uma quantidade de informação de carácter relevante e que normalmente não está disponível com outros métodos. Neste estudo optou-se pela aplicação de um questionário auto administrado, por ser *“um instrumento de observação não participante, baseado numa sequência de questões escritas, que são dirigidas a um conjunto de indivíduos envolvendo as suas opiniões, representações, crenças e informações, sobre eles próprios e o seu meio.”* (Quivy e Campenhoudt, 1992).

O questionário foi desenvolvido com base na literatura revista. O facto de já terem sido efetuados estudos de natureza similar noutros países permitiu identificar variáveis com interesse para os objetivos deste trabalho, nomeadamente um conjunto de fatores que podem estar associados a comportamentos de não adesão.

Deste modo, para além das questões sobre comportamentos de adesão à terapêutica incluíram-se perguntas associadas a fatores demográficos, socioeconómicos, tipo de transplante e terapêutica, cobrindo deste modo as dimensões identificadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003).

É um questionário constituído por vinte e quatro perguntas, dezoito fechadas e seis perguntas de resposta aberta (Anexo 1), e que está estruturado em duas áreas: i) a primeira pretende obter informação sobre os fatores demográficos, socioeconómicos, tipo de transplante e regime terapêutico, ii) a segunda área pretende recolher informação sobre os comportamentos de adesão. Iremos de seguida resumir as questões incluídas em cada uma das áreas:

i) Caracterização do doente, do regime terapêutico e tipo de transplante

A primeira pergunta do questionário identifica se os inquiridos são transplantados renais ou transplantados hepáticos e permite perceber se existem diferenças nos comportamentos de adesão entre os dois tipos de transplante. Com a inclusão do diagnóstico de base do doente pretende-se também saber se a causa do transplante pode influenciar a não adesão na amostra em estudo.

Após identificação do tipo de transplante, é apresentado um conjunto de questões relativas à caracterização sociodemográfica do inquirido (Questões 1 a 8).

Alguns autores relacionam a não adesão com fatores demográficos como a idade ou o género, como identificado na revisão da literatura, sendo por isso importante analisar se, na amostra em estudo, a idade está associada a comportamentos de não adesão. Foram também identificadas características dos indivíduos associadas ao nível educacional, situação profissional ou suporte social como fatores associados à não adesão (Dobbles et al., 2005; Telles-Correia et al., 2006).

Da pergunta nove à doze, tentámos identificar fatores diretamente relacionados com o regime terapêutico, tempo de transplante e facilidade no acesso aos serviços de saúde. O acesso aos cuidados de saúde constitui, segundo alguns estudos, um fator importante na adesão, pelo que quisemos saber se a deslocação ao hospital constituía uma dificuldade para os doentes da amostra.

Do mesmo modo o tempo de transplante, o número de comprimidos, o número de administrações da terapêutica e os efeitos secundários dos medicamentos são fatores que em alguns estudos apresentaram relação com a não adesão (Osterberg e Blaschke, 2005), motivo pelo qual foram incluídas questões relativas a estas áreas.

ii) Caracterização dos comportamentos de adesão à terapêutica

No segundo grupo de questões, pretendemos avaliar o comportamento de adesão à terapêutica, quer dos medicamentos prescritos, quer de outras indicações acordadas com os profissionais de saúde.

Na pergunta 14, os doentes são questionados sobre o facto de já se terem esquecido de tomar os medicamentos. As respostas a estas questões constituem a medida de existência de pelo menos um comportamento de não adesão. Nesta questão, e à semelhança do que acontece noutros estudos (Haynes, 1980), tentou-se evitar uma resposta socialmente correta e formulou-se a pergunta reconhecendo o fenómeno da não adesão: *“ Sabemos que por vezes as pessoas se esquecem de tomar os seus medicamentos, já alguma vez lhe aconteceu a si?”*

Para a medição da adesão aos medicamentos prescritos foi efetuada uma segunda questão, restringindo o comportamento de não adesão referente ao último mês: *“No último mês, houve algum dia em que se tenha esquecido de tomar algum medicamento ou que tenha tomado uma dose superior à que está prescrita?”*

Neste conjunto de questões foram também apresentados fatores associados à não adesão aos medicamentos identificados noutros estudos, e solicitámos aos inquiridos que referissem quais os

fatores que provocassem mais dificuldades no cumprimento da terapêutica. Adicionalmente foi dada a possibilidade de identificarem outros fatores que causassem dificuldades no cumprimento da terapêutica e que ainda não tivessem sido referidos, assim como os efeitos secundários dos medicamentos que mais os incomodavam.

Para podermos identificar as áreas em que se poderá intervir, foi pedido aos inquiridos que referissem quais os métodos utilizados para não se esquecerem de tomar os medicamentos, quais as atitudes tomadas em caso de esquecimento e o que mais os motiva a cumprir a terapêutica e indicações dos profissionais. Estas três questões foram de resposta aberta pois pretendíamos que os inquiridos não estivessem condicionados por um conjunto de opções pré-definidas.

Como o conceito de adesão terapêutica é abrangente e inclui não só os medicamentos mas também todas as indicações dadas pelos profissionais, relacionadas com comportamentos e atitudes promotoras de comportamentos saudáveis, foi pedido aos doentes que categorizassem o grau de dificuldade em cumprir outras indicações dos profissionais de saúde, como a dieta, o exercício físico, redução de comportamentos de risco como alcoolismo, entre outros fatores.

Para medir a facilidade de compreensão e interpretação das perguntas, o questionário foi inicialmente lido por alguns profissionais da área da transplantação e, posteriormente, aplicado a um número limitado de doentes.

3.4 - Definição da amostra

A população em estudo é constituída pelos doentes submetidos a transplante renal ou hepático no Hospital Curry Cabral.

A seleção da amostra em estudo foi pelo método da amostragem por conveniência. A seleção da amostra foi feita com base nos doentes que estão em acompanhamento no Hospital Curry Cabral, no momento prévio às consultas de rotina ou quando estiveram internados.

Como critérios de inclusão na amostra o inquirido devia ser transplantado hepático ou renal, ter mais de seis meses de transplante e ter mais de dezoito anos. Os critérios de exclusão incluíam todos os transplantados duplos (hepato-renais e reno-pancreáticos) e ser recetor de dador vivo.

Segundo Osterberg e Blaschke (2005) a adesão terapêutica diminui drasticamente após seis meses de se ter instituído o regime. Por este motivo neste estudo assumiu-se como critério de inclusão na amostra o inquirido ter mais de seis meses de transplante. Na prática diária, e de acordo com estes autores, verifica-se que os doentes necessitam de algum tempo para consolidar um novo estilo de vida e efetuarem a inclusão de novas rotinas nas suas vidas.

Como este estudo foi efetuado numa unidade de adultos, em que o número de adolescentes transplantados é residual, tal como os transplantes efetuados com dador vivo, optou-se por excluir estes doentes da amostra.

Em termos metodológicos foram considerados alguns itens de modo a assegurar a ética na investigação:

- O desenho do estudo e o questionário foram submetidos e aprovados pela Comissão de Ética da instituição onde foi aplicado (Anexo 2 e Anexo 3).
- Previamente à aplicação do questionário os participantes foram informados dos objetivos do estudo e da garantia de confidencialidade dos dados e anonimato dos respondentes. Caso concordassem foi solicitado que assinassem o consentimento informado (Anexo 1).

3.5 - Aplicação do questionário

O questionário foi aplicado entre março e maio de 2012, nas consultas externas de transplante renal e transplante hepático do Hospital Curry Cabral, em Lisboa, assim como na Unidade de internamento de Transplantes do mesmo hospital, sempre que a situação de saúde dos doentes o permitisse e se verificassem os critérios de inclusão na amostra.

Antes de o questionário ser entregue, era explicado o objetivo do estudo e obtido o consentimento informado. Os questionários foram dados aos doentes para que os próprios pudessem responder. Deste modo, tentou-se dar maior privacidade e liberdade ao doente para responder às questões colocadas. A única exceção ocorreu no caso em que o doente era analfabeto. Nesse caso o questionário foi lido ao doente e efetuado o respetivo preenchimento de acordo com as suas indicações. Os doentes foram informados que se fosse necessário prestar algum esclarecimento durante o preenchimento do mesmo, a investigadora estaria disponível para o fazer.

3.6 - Análise de dados

A análise de dados e respetivo tratamento estatístico foi efetuada através do programa informático SPSS versão 18.0. Em Anexo (Anexo 4) apresentamos uma tabela de descrição de todas as variáveis incluídas no estudo.

Como verificámos que alguns doentes não tinham descrito o diagnóstico de base foi necessário recorrer aos respetivos processos clínicos para completar esta informação. Salienta-se que a maioria dos doentes que não preencheu este campo tinha como diagnóstico de base a cirrose etanólica.

Na análise exploratória dos dados verificámos que as respostas a algumas variáveis apresentavam alguma dispersão, pelo que procedemos à recodificação das variáveis como apresentado na tabela 1.

Nas perguntas 18 e 20 foi pedido para os doentes hierarquizarem os fatores que lhe provocavam maior dificuldade na adesão terapêutica (no primeiro caso) e as indicações dos profissionais que tinham mais dificuldade em cumprir (no segundo caso). As respostas a esta questão foram agrupadas, juntamos muito importante com importante e pouco importante com sem influência (no primeiro caso) e muita dificuldade com dificuldade e pouca dificuldade com sem dificuldade (no segundo caso).

Nas perguntas de resposta aberta, foram identificadas as unidades de significação das várias categorias e efetuada a contagem das frequências.

Tabela 1: Recodificação das variáveis quantitativas

Variável	Categorias Iniciais	Categorias recodificadas
Nível de ensino	Analfabeto Ensino Básico Ensino Secundário Licenciatura Mestrado Doutoramento	1. Analfabeto a ensino básico 2. Ens. Secundário ou curso profissional 3. Licenciatura, Mestrado ou doutoramento
Ocupação/Situação Profissional	Estudante Desempregado Ativo Reformado Baixa médica de longa duração	1. Estudante/ ativo 2. Desempregado/Reformado e baixa médica
Vive sozinho ou acompanhado	Sozinho Acompanhado pelo cônjuge Acomp. por outros familiares Acomp. por amigos Acomp. por outros	1. Sozinho 2. Acompanhado

Tabela 1 (cont.) – Recodificação das variáveis quantitativas

Variável	Categorias Iniciais	Categorias recodificadas
Dificuldade na deslocação ao hospital	Não	1. Sim
	Muito longe*	
	Muito caro*	2. Não
	Outros*	
Tempo de transplante	≥6 meses e <1 ano	1. <3 anos
	≥1 ano e <3 anos	2. ≥3 a <5 anos
	≥3 anos e <5 anos	3. ≥ 5 anos
	≥5anos	
Número de comprimidos por dia	<4	1. ≤8
	≥4 e <8	2. > 8 e <12
	≥8 e <12	3. ≥ 12
	≥12 e <16	
	≥16	
Número de administrações de medicamentos/ dia	uma vez	1. 1 a 2 tomas
	duas vezes	2. 3 tomas
	três vezes	3. 4 ou mais tomas
	quatro vezes	
	mais de quatro vezes	

*Efetuado agrupamento e codificação das respostas

Tendo em consideração a reduzida dimensão da amostra foi efetuada a caracterização da amostra, através da estatística descritiva, e a análise bivariada para analisar a associação entre algumas variáveis com interesse para o estudo.

Na análise descritiva utilizamos o cálculo da média, mínimo, máximo e desvio padrão para a variável numérica idade. Para as variáveis nominais e ordinais apresentamos a frequência e percentagens de resposta.

Na análise bivariada, o objetivo foi testar a independência entre os fatores de caracterização do doente e da terapêutica e a medida de não adesão à terapêutica. Para testar a associação das diferentes variáveis considerámos que estas eram significativas sempre que o valor de $p < 0,05$.

Os testes estatísticos foram selecionados com base nas características das variáveis:

- Na análise da associação entre variáveis nominais, e quando se tratava de tabelas 2X2, utilizamos o teste de independência do Qui-quadrado com correção de continuidade (Afonso e Nunes, 2011).
- Para avaliar a associação entre variáveis categóricas e variáveis ordinais utilizamos o teste não paramétrico de Mann-Whitney.
- Na correlação entre variável numérica idade e variável nominal utilizamos o teste T-Student.

4 - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Entre março e maio foram distribuídos e recolhidos 76 questionários. Dos 76 questionários apenas um foi considerado não válido por não apresentar respostas à maioria das questões em análise. Deste modo a amostra em estudo é constituída por 75 inquiridos.

4.1 - Caracterização da amostra

4.1.1 - Características sociodemográficas

Dos inquiridos (n=75) verificámos que 60% (n=45) são doentes transplantados de fígado e 40% são doentes transplantados renais (n=30). A média de idades foi de 48,31 anos e com maior prevalência do sexo masculino (65,3%).

A maioria dos doentes (48%) reportou ter o ensino básico ou não ter um nível de escolaridade completo. No que concerne à ocupação/situação profissional 52% dos inquiridos estudavam ou trabalhavam no período de aplicação do questionário. Relativamente ao suporte social a maioria dos inquiridos referiu viver acompanhado (92%), nomeadamente com o cônjuge (77,3%), e reportou ser autónomo na preparação de terapêutica (73,3%).

Tabela 2: Fatores sociodemográficos (n=75)

Variável	Categoria	Valores n (%)
Tipo de Transplante	Fígado	45 (60,0%)
	Rim	30 (40,0%)
Idade		Média=48,31 (desvio padrão=11,27)
Sexo	Masculino	49 (65,3%)
Nível de Ensino	Analfabeto a básico	36 (48,0%)
	Ensino secundário/Curso profissional	18 (24,0%)
	Licenciatura/Mestrado/Doutoramento	21 (28,0%)
Ocupação/situação profissional	Estudante ou ativo	39 (52,0%)
	Desempregado, reformado ou com baixa médica de longa duração	36 (48,0%)

Tabela 2 (Cont.): Fatores sociodemográficos (n=75)

Variável	Categoria	Valores n (%)
Vive sozinho ou acompanhado	Acompanhado	69 (92,0%)
Vive com quem	Cônjuge	58 (77,3%)
Ajuda na preparação da terapêutica	Não	55 (73,3%)
Dificuldade na deslocação ao hospital	Sim	28 (37,3%)
	Não	47 (62,7%)
Razões da dificuldade na deslocação ao hospital (n=28)	Muito caro	15 (53,6%)
	Muito longe	6 (21,4%)
	Falta de mobilidade e horários	7 (25,0%)

No que concerne à acessibilidade aos serviços de saúde, 37,3% dos inquiridos referiram ter dificuldade em se deslocar ao hospital. No grupo dos doentes que consideram a deslocação difícil 15 (53,6%) referiram os elevados custos, 7 (21,4%) a falta de mobilidade ou o problema dos horários e 6 (25,0%) a distância física.

4.1.2 - Fatores relacionados com a condição e terapêutica

Relativamente à duração do tratamento e complexidade do regime terapêutico verificámos que a maioria dos doentes tinha sido transplantado há mais de cinco anos (46,7%), tomava menos de oito comprimidos por dia (42,7%) e que os medicamentos eram repartidos em quatro administrações diárias (37,3%).

A maioria dos doentes já tomava medicamentos antes do transplante (70,7%) e não mencionaram ter desconforto com a sua administração (85,3%).

Tabela 3: Fatores relacionados com a condição terapêutica (n=75)

Variável	Categoria	Valores n (%)
Tempo de transplante	<3 anos	27 (36,0%)
	≥3 a <5 anos	13 (17,3%)
	≥5 anos	35 (46,7%)
Número de comprimidos/dia	≤ 8	32 (42,7%)
	> 8 e <12	16 (21,3%)
	≥12	27 (36,0%)
Número de administrações de medicamentos/dia	1 a 2	24 (32,0%)
	3	23 (30,7%)
	≥ 4	28 (37,3%)
Desconforto com a administração de medicamentos	Não	64 (85,3%)
Utilização de medicamentos antes do Transplante	Sim	53 (70,7%)

Em relação ao diagnóstico de base (considerado como principal causa do transplante), verificámos uma diversidade elevada de diagnósticos. Nos transplantados hepáticos existem diagnósticos de base mais frequentes, nomeadamente aqueles em que a causa de transplante foi a Paramiloidose Amiloidótica Familiar (22,7%), cirrose etanólica (13,3%), isoladamente ou acompanhada de outras patologias, e cirrose por vírus da Hepatite C e ou Hepatite B (12,0%) isoladamente ou em conjunto com outras patologias como o alcoolismo ou carcinoma hepato-celular.

No que diz respeito aos diagnósticos mais frequentes que estão na base do transplante renal destacamos a hipertensão arterial (6,6%), isoladamente ou em conjunto com outras patologias, seguida por patologias como a nefropatia diabética (4%), Glomeruloesclerose segmentar focal (4%) e Glomerulonefrite crónica (4%).

Tabela 4: Caracterização da amostra segundo o diagnóstico

Diagnóstico de base (n=75)				
Diagnóstico	n	%	n (total)	% (total)
Transplante Hepático				
PAF	17	22,7%	17	22,7%
Álcool	7	9,3%	10	13,3%
Álcool + VHC	2	2,7%		
Álcool + CHC	1	1,3%		
VHC	5	6,7%	9	12,0%
VHB+CHC	2	2,7%		
VHC+CHC	1	1,3%		
VHC+VHB	1	1,3%		
Transplante Renal				
Hipertensão	4	5,3%	5	6,6%
Hipertensão +SHU	1	1,3%		
Nefropatia Diabética	3	4,0%	3	4,0%
GESF	3	4,0%	3	4,0%
Glomerulonefrite crónica	3	4,0%	3	4,0%
Em ambos os tipos de transplante				
Outros diagnósticos	25	33,3%	25	33,3%

Legenda: PAF (Paramiloidose Amiloidótica Familiar); VHC (Vírus da Hepatite C); VHB (Vírus da Hepatite B), CHC (carcinoma hepato celular), SHU (Síndrome Hemolítico Urémico) e GESF (Glomeruloesclerose segmentar e focal).

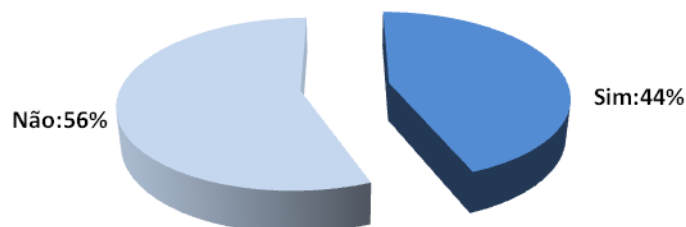
4.2 – Avaliação da adesão terapêutica

A avaliação da adesão à terapêutica, que é o objeto deste estudo, engloba a adesão aos medicamentos prescritos e a outras indicações que são dadas aos doentes como a dieta, exercício ou estilos de vida.

4.2.1 - Avaliação da adesão aos medicamentos prescritos

Na avaliação da adesão aos medicamentos prescritos os inquiridos foram questionados sobre se já se tinham esquecido de tomar os seus medicamentos. A esta questão 44% (n=33) dos doentes da amostra responderam afirmativamente e 56% (n=44) responderam negativamente.

Gráfico 1: Ocorrência de comportamento de não adesão aos medicamentos prescritos



Os inquiridos foram ainda questionados sobre se no último mês tinham tido algum esquecimento em relação à terapêutica ou se tinham tomado medicamentos em doses superiores ao prescrito. Ao responderem a esta pergunta apenas 9,3% referiram ter tido alguma destas situações (Tabela 5).

Tabela 5: Medidas de não adesão

Avaliação da Não Adesão (n=75)		
Variável	Categoria	Valores
Ocorrência de comportamento de não adesão aos medicamentos prescritos	Sim	33 (44,0%)
Esquecimento de tomar medicamentos no último mês ou tomou doses superiores ao prescrito	Sim	7 (9,3%)
Não adesão mais frequente após o transplante	Mais	8 (11,4%)
	Igual	46 (65,7%)

Os comportamentos de não adesão prévios ao transplante também podem ser preditivos da falta de adesão no pós-transplante. Por este motivo tentámos perceber se os comportamentos anteriores ao transplante em relação à terapêutica se tinham mantido ou se tinham sofrido alguma alteração. Verificou-se que 65,7% dos transplantados referiu não ter alterado o seu comportamento, 22,9% referiu ter melhorado mas 11,4% referiu, ter tido um agravamento ou seja, esquecer-se atualmente mais de tomar os medicamentos que na fase pré transplante. Não responderam a esta pergunta cinco doentes.

4.2.2 – Cumprimento das indicações dos profissionais de saúde

A adesão terapêutica não se resume só à administração dos medicamentos, como verificámos na revisão da literatura. É um conceito mais abrangente e estende-se também às indicações dos

profissionais de saúde. Por esse motivo solicitámos que os doentes referissem o grau de dificuldade de cumprimento das indicações dadas pelos profissionais de saúde (tabela 6).

Tabela 6: Cumprimento das indicações dos profissionais de saúde

Variável	Dificuldade em cumprir		Sem dificuldade em cumprir		Missing
	n	%	n	%	n
Exercício	25	33,3%	48	64,0%	2
Dieta	21	28,0%	52	69,3%	2
Deixar de fumar	8	10,7%	61	81,3%	6
Consultas	7	9,3%	65	86,7%	3
Análises	3	4,0%	68	90,7%	4
Deixar de beber bebidas alcoólicas	2	2,7%	68	90,7%	5
Medicação	1	1,3%	70	93,3%	4
Cuidados de higiene	0	0,0%	71	94,7%	4

Como se observa na tabela 6, a maioria dos inquiridos reportou que não ter dificuldades em cumprir as indicações dadas pelos profissionais de saúde. No entanto, salientamos que as indicações consideradas mais difíceis de cumprir são o exercício (33,3%) e a dieta (28%). Deixar de fumar é também uma dificuldade para 10,7% dos doentes.

Além dos fatores constantes na tabela perguntámos se haveria outros aspetos que os doentes tivessem tido muita dificuldade em cumprir, mas apenas 6,7% da amostra respondeu a esta questão. Das respostas obtidas queremos salientar alguns aspetos que foram referidos tais como: a dificuldade em cumprir tempos de repouso, e a dificuldade em coordenar os horários para as diversas atividades.

4.2.3 – Associação da medida de não adesão aos medicamentos com potenciais fatores de risco

Após avaliação da não adesão à terapêutica efetuámos a análise da associação entre a medida de não adesão e possíveis fatores de risco de não adesão, restringido, nesta fase, a análise à adesão aos medicamentos prescritos.

Os resultados da associação entre o comportamento de não adesão – já se ter esquecido de tomar os medicamentos - e os possíveis fatores de risco podem ser observados na tabela 7.

Na análise dos dados constatamos que a média de idades dos doentes não aderentes (44,45 anos) é mais baixa que a média dos aderentes (51,33 anos) e os resultados do teste estatístico revelam uma associação entre a **idade** e a medida de não adesão ($p=0,008$).

Embora tenhamos verificado que 60,6% dos doentes, que referem não adesão, pertencem ao sexo masculino, ao testarmos a **relação entre o género e a não adesão** não podemos rejeitar a independência entre as duas variáveis.

Tabela 7: Associação da variável comportamento de não adesão com os fatores sociodemográficos

Variável		Comportamento de não adesão		p
		Aderentes	Não aderentes	
Idade		Média =51,33 anos	Média =44,45 anos	0,008*
Sexo	Masculino	29 (69,0%)	20 (60,6%)	0,604**
	Feminino	13 (31,0%)	13 (39,4%)	
Nível de ensino	Sem escolaridade ou com ensino básico	26(62,0%)	10(30,0%)	0,046***
	Ensino secundário e curso profissional	5(12,0%)	13(39,0%)	
	Licenciatura, mestrado e doutoramento	11(26,0%)	10(30,0%)	
Ocupação/atividade profissional	Estudante e ativo	17 (40,5%)	22 (66,7%)	0,043**
	Desempregado, reformado e baixa médica	25 (59,5%)	11 (33,3%)	

*Teste de T-student; **Teste Qui-quadrado (p com correção de continuidade);***Mann-Whitney.

Ao testarmos a relação entre o **nível de ensino** e a não adesão terapêutica verificámos que existe evidência de relação entre o nível de ensino e a não adesão terapêutica ($p=0,046$). Os resultados obtidos indicam que, nesta amostra, o grupo que apresentou a maior taxa de não adesão possui como habilitações académicas o ensino secundário ou curso profissional (39,4%).

Na associação entre **ocupação/atividade profissional** e a medida de não adesão verificámos, com significância estatística ($p=0,043$) que são os doentes que desenvolvem alguma atividade/ocupação profissional (66,7%) quem apresenta menor adesão à terapêutica.

Tabela 8: Associação da variável comportamento de não adesão com os fatores relacionados com o regime terapêutico e condição

Variável		Comportamento de não adesão		p
		Aderentes	Não aderentes	
Tipo de transplante	Hepático	23 (48,9%)	22 (51,1%)	0,200*
	Renal	20 (66,7%)	10 (33,3%)	
Tempo de transplante	< 3 anos	22 (52,4%)	5 (15,2%)	0,009**
	≥ 3 e < 5 anos	4 (9,5%)	9 (27,3%)	
	≥ 5 anos	16 (38,1%)	19 (57,6%)	
Número de comprimidos/ dia	≤ 8	13 (31,0%)	19 (59,6%)	0,021**
	> 8 e <12	10 (23,8%)	6 (18,2%)	
	≥12	19 (45,2%)	8 (24,2%)	
Número de administrações de medicamentos/ dia	1 a 2	13 (31,0%)	11 (33,3%)	0,282**
	3	10 (23,8%)	13 (39,4%)	
	≥4	19 (45,2%)	9 (27,3%)	

* Teste Qui-quadrado (p com correção de continuidade); **Mann-Whitney

No estudo efetuado verificámos que apesar de não ser estatisticamente significativa, existe diferença entre os dois tipos de transplantados (com os transplantados hepáticos a revelar taxas de não adesão superiores (51,1%) às dos transplantados renais (33,3%)).

Muitos autores têm considerado o tempo de transplante determinante na adesão terapêutica. Neste estudo verificámos ainda que os doentes com mais tempo de transplante são quem apresenta maiores índices de não adesão, constituindo 57,6% de todos os não aderentes. Ao efetuarmos a associação desta variável com a medida de não adesão verificámos que não existe independência entre as duas variáveis ($p=0,009$) e pode concluir-se que o tempo de transplante está associado à adesão à terapêutica.

Outro fator relatado na literatura como influente na adesão dos doentes à terapêutica é o **número de medicamentos que o doente toma por dia**. Neste estudo verificámos que existe associação entre o número de comprimidos que toma por dia e a medida de adesão ($p=0,021$), para os níveis de significância de 0,05, com uma maior prevalência de não adesão nos indivíduos que tomam menos comprimidos. Por fim não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre o número de administrações e o comportamento de não adesão.

4.2.4 – Fatores que dificultam a adesão terapêutica

Foi solicitado aos doentes que hierarquizassem os aspetos já identificados na literatura e considerados habitualmente como dificuldades no cumprimento da terapêutica. Os resultados estão apresentados na tabela 9.

Tabela 9: Fatores que dificultam a adesão terapêutica (n=75)

VARIÁVEL	Muito importante/ Importante		Pouco importante/ Sem influência		Missing
	n	%	n	%	n
Acesso à farmácia hospitalar do centro de transplantação	25	33,3%	47	62,7%	3
Custo dos medicamentos	22	29,3%	49	65,3%	4
Horários	22	29,3%	51	68%	2
Esquecimento	20	26,3%	50	66,7%	5
Efeitos secundários dos medicamentos	19	25,3%	53	70,7%	3
Número de medicamentos	14	18,7%	57	76%	4
Não ter compreendido a necessidade de tomar determinado medicamento	10	13,3%	61	81,3%	4
Não ter indicações escritas claras de fácil entendimento	11	14,7%	60	80%	4
Achar que já não precisa da medicação	10	13,3%	59	78,7%	6
Estar deprimido	8	10,7%	62	82,7%	3

De acordo com os doentes em estudo os fatores que mais dificultam a adesão terapêutica são o acesso à farmácia do centro de transplantação (33,3%), os horários (29,3%), o custo dos medicamentos (29,3%), o esquecimento (26,3%) e os efeitos secundários (25,3%).

Quando os efeitos secundários foram considerados pelos doentes como importantes/muito importantes solicitámos aos inquiridos que os descrevessem. Apenas 15 doentes (dos 19 doentes que identificaram os efeitos secundários) responderam a esta pergunta e os efeitos secundários mais referidos foram os seguintes: náuseas, vômitos, tremores, dores musculares, câibras, alterações cutâneas, edemas, anemia, tumores, hiperglicemia, cansaço, hipertensão arterial, ansiedade e azia.

4.2.5 – Métodos utilizados pelos doentes para não se esquecerem de tomar os medicamentos

Para identificar os métodos utilizados pelos doentes para não se esquecerem de tomar os medicamentos efetuámos uma pergunta de resposta aberta. Após análise qualitativa às respostas obtidas obtivemos os resultados constantes da tabela 10.

Tabela 10: Métodos utilizados pelos doentes para não se esquecerem de tomar os medicamentos

Métodos	Frequências n	Percentagens %
Nenhum	29	38,7%
Alarme do telemóvel e despertador	24	32,0%
Caixa de medicação	8	10,7%
Locais ou horas certas	5	6,7%
Mapa de medicação	3	4,0%
Tabuleiro com a medicação	1	1,3%
Outros	4	2,7%
Não responderam	3	4,0%
Total de doentes	75	100,0%

Salienta-se que a maioria dos doentes (38,7%) referiu não utilizar qualquer método. Os métodos mais utilizados pelos doentes, para não se esquecerem de preparar a terapêutica, foram a utilização dos alarmes de telemóveis e despertadores (32%) e a utilização de caixas de medicação (10,6%).

Quando se analisou a associação entre a utilização de métodos para evitar o esquecimento e o comportamento de não adesão não se verificou uma associação estatisticamente significativa ($p=0,229$).

Salienta-se ainda que entre os indivíduos que utilizaram os alarmes de telemóvel, alarmes de despertador e caixa de medicação apresentaram uma taxa de não adesão de 37,5%, valor inferior ao observado nos indivíduos que utilizaram outros métodos ou não utilizaram método nenhum.

4.2.6 – Atitude adotada após comportamento de não adesão

No questionário foi solicitado aos doentes que referissem qual a atitude adotada quando se esqueceram de tomar os medicamentos. A maioria dos inquiridos referiu tomar logo que se lembra (16,0%).

Tabela 11: Atitude adotada quando se esquece de tomar a medicação

Atitude	n	%
Toma logo que se lembra	12	16,0%
Tomou normalmente na administração seguinte	10	13,3%
Ligou para a Unidade de Transplante	6	8,0%
Toma de imediato assim que se lembra ou na administração seguinte	5	6,6%
Viu a literatura	2	2,6%
Não tomou qualquer atitude	33	44,0%
Outras atitudes	7	9,3%
Total	75	100,0%

4.2.7 – Fatores que contribuem para o cumprimento das indicações terapêuticas dos profissionais de saúde

Por último, pedimos aos doentes para referir que aspetos tinham mais peso no efetivo cumprimento da terapêutica e das indicações dos profissionais de saúde. Não responderam a esta questão seis doentes, mas os restantes 69 fizeram 85 referências que foram codificadas e agrupadas, como apresentado na tabela 12.

Tabela 12: Fatores que contribuem para o cumprimento das indicações terapêuticas dos profissionais de saúde

Categorias	Número de referências	% do total de referências
Aspetos relacionados com a qualidade de vida e a vontade de viver	27	34,18%
Medidas educativas	21	26,58%
Medo da rejeição do órgão transplantado	11	13,92%
Medidas psicológicas e relação estabelecida entre profissionais e doentes)	9	11,39%
Outros aspetos	11	13,92%
Total de referências	85	100,00%

O aspeto a que os doentes dão mais importância é efetivamente à qualidade de vida que o transplante de um órgão lhes pode proporcionar (34,18%), seguido das ações educativas efetuadas pelos vários profissionais de saúde (26,58%). O medo da rejeição do órgão, que também está relacionado com a perda da qualidade de vida, motiva 13,92% dos doentes e por último temos a qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde (11,39%).

No agrupamento denominada por “outros aspetos” queremos destacar algumas referências aqui contidas a existência de um bom ambiente socioeconómico e familiar, a proximidade com uma farmácia e ter fácil acesso aos medicamentos.

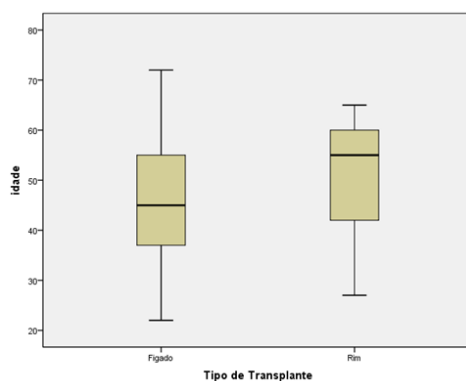
4.3 – Análise descritiva da não adesão por tipo de transplante

Um dos objetivos deste estudo era verificar se existiam diferenças de adesão à terapêutica entre doentes transplantados hepáticos e renais. Devido ao tamanho reduzido da amostra apresentamos apenas uma breve caracterização da amostra por tipo de transplante e posteriormente a análise dos comportamentos de não adesão por tipo de transplante

4.3.1 – Caracterização da amostra por tipo de transplante

Na caracterização da amostra por tipo de transplante verificámos que a análise da idade por tipo de transplante revelou que os transplantados hepáticos têm em média 45,96 anos, com uma amplitude (entre 22 a 72 anos) e desvio padrão=11,24, inferior à dos transplantados renais, cuja média é de 51,83 anos, mas com uma menor amplitude (27 e 65 anos) e desvio padrão=10,53.

Gráfico 2: Comparação da idade por tipo de transplante



Em ambos os tipos de transplantados verificou-se que maioritariamente eram do sexo masculino, tinham o ensino básico (42,2% nos hepáticos e 56,7% nos renais) e estudavam ou trabalhavam.

Tabela 13: Caracterização da amostra por **tipo de transplante**

Variáveis	Categorias	Transplantados hepáticos n / %	Transplantados renais n / %	Associações Com $p < 0,05$
Idade		Média=45,96 (desvio padrão=11,24)	Média=51,83 (desvio padrão=10,53)	$p=0,026^*$
Sexo	Masculino	27 (60,0%)	22 (73,3%)	
Nível de Ensino	Analfabeto a básico	19 (42,2%)	17 (56,7%)	
	Ensino secundário/Curso profissional	13 (28,9%)	5 (16,7%)	
	Licenciatura/Mestrado /Doutoramento	13 (28,9%)	8 (26,7%)	
Ocupação	Estudante ou ativo	23 (51,1%)	16 (53,3%)	
	Desempregado, reformado ou com baixa médica de longa duração	22 (48,9%)	14 (46,7%)	
Vive sozinho ou acompanhado	Acompanhado	41 (91,1%)	28 (93,3%)	
Vive com quem	Cônjuge	35 (77,8%)	23 (76,7%)	
Ajuda com a terapêutica	Não	32 (71,1%)	23 (76,7%)	
Dificuldade na deslocação ao hospital	Sim	21 (28,0%)	7 (9,3%)	
Razões da dificuldade na deslocação	Muito longe	6 (28,6%)	0 (0,0%)	
	Muito caro	12 (52,4%)	3 (42,9%)	
	Outros	4 (19,0%)	4 (57,1%)	
Tempo de transplante	<3 anos	15 (33,3%)	12 (40%)	
	≥3 a <5 anos	10 (22,2%)	3 (10%)	
	≥5 anos	20 (44,4%)	15 (50%)	
Número de comprimidos/dia	≤8	24 (53,3%)	8 (26,7%)	$p = 0,004^{***}$
	> 8 e <12	11 (24,4%)	5 (16,7%)	
	≥12	12 (22,2%)	17 (56,7%)	
Número de administrações / dia	1 a 2	16 (35,6%)	8 (26,7%)	
	3	14 (31,1%)	9 (30%)	
	mais de 4	15 (33,3%)	13 (43,3%)	
Desconforto com a medicação	Não	40 (88,9%)	24 (85,7%)	
Medicação antes do transplante	Sim	24 (53,3%)	29 (96,7%)	$p = 0,000^{**}$

* Teste de T-student; ** Teste Qui-quadrado (p com correção de continuidade); *** Mann-Whitney

Em relação à forma como vivem, em ambos os grupos mais de 90% dos doentes referiu viver acompanhado pelos cônjuges e ter autonomia na preparação da terapêutica.

A deslocação ao hospital foi um fator que não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($p=0,071$), no entanto os transplantados hepáticos foram os que referiram mais dificuldades em primeiro lugar pelos custos (52,4%) e depois pela distância (28,6%).

Ao analisarmos as variáveis relacionadas com a condição e com os medicamentos verificámos, nesta amostra, que o tempo de transplante não apresentou diferenças significativas entre os dois grupos.

Quanto ao regime terapêutico, na análise à associação entre o tipo de transplante e número de medicamentos, encontrámos um $p=0,004$, verificando que são os transplantados renais (56,7%) quem toma mais medicamentos.

Adicionalmente, verificámos que são os transplantados renais (43,3%) a fazer mais de quatro administrações diárias, apesar da associação entre número de administrações e tipo de transplante não apresentar significado estatístico.

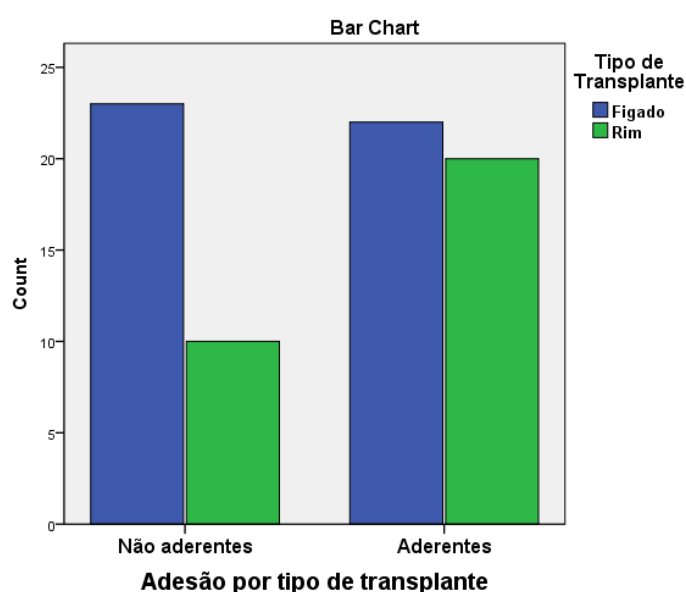
Quanto ao desconforto com a medicação mais de 85% dos doentes, em ambos os grupos, referiu não ter desconforto relacionado com a terapêutica.

Finalmente, ao associarmos o tipo de transplante com o facto de já tomar medicação antes do mesmo, encontrámos uma associação significativa ($p=0,000$), em que 96,7% dos transplantados renais faziam medicação antes do transplante enquanto nos transplantados hepáticos esse valor só atingiu os 53,3%.

4.3.2 - Associação da não adesão aos medicamentos com o tipo de transplante

Ao associarmos a medida de não adesão e o tipo de transplante verificámos que existe menor adesão nos transplantados hepáticos (51,1%) do que nos transplantados renais (33,3%), mas sem associação estatisticamente significativa. Ou seja, neste estudo, o tipo de transplante não está associado à não adesão.

Gráfico 3: Adesão à terapêutica por tipo de transplante



4.3.3 - Fatores que dificultam a adesão terapêutica por tipo de transplante

Ao analisarmos os fatores que os inquiridos referiram dificultar a adesão à terapêutica verificámos que, os transplantados renais referiram como fator mais relevantes o esquecimento (37%) e os transplantados hepáticos o acesso à farmácia do centro de transplantação (38,6%), custo dos medicamentos (32,6%), horários (31,8%) e efeitos secundários dos medicamentos (27,3%).

Tabela 14: Fatores que dificultam a adesão terapêutica por tipo de transplante

Variável	Muito importante/Importante n (%)	
	Transplante Hepático	Transplante Renal
Acesso à farmácia hospitalar do centro de transplantação	17 (38,6%)	8 (28,6%)
Esquecimento	10 (23,3%)	10 (37%)
Custo dos medicamentos	14 (32,6%)	8 (28,6%)
Horários	14 (31,8%)	8 (27,6%)
Efeitos secundários dos medicamentos	12 (27,3%)	7 (25%)
Não ter compreendido a necessidade de tomar determinado medicamento	3 (6,8%)	7 (25,9%)
Número de medicamentos	9 (20,5%)	5 (18,5%)
Achar que já não precisa da medicação	7 (16,3%)	3 (11,5%)
Não ter indicações escritas claras de fácil entendimento	5 (11,6%)	6 (21,4%)
Estar deprimido	5 (11,4%)	3 (11,5%)

4.3.4 - Cumprimento das indicações dadas pelos profissionais de saúde por tipo de transplante

Na análise das dificuldades em cumprir as indicações dadas pelos profissionais por tipo de transplante, verificámos que a dieta e o deixar de fumar são as indicações consideradas mais difíceis de cumprir pelos transplantados hepáticos, enquanto o exercício se torna mais problemático nos transplantados renais, como podemos observar na tabela 15.

Tabela 15: Cumprimento das indicações dos profissionais de saúde por tipo de transplante

Variável	Muita dificuldade/dificuldade n (%)	
	Transplante Hepático	Transplante Renal
Exercício	14 (31,1%)	11 (39,3%)
Dieta	16 (36,4%)	5 (17,2%)
Deixar de fumar	7 (16,7%)	1 (3,7%)
Consultas	4 (10,3%)	3 (9,3%)
Deixar de beber bebidas alcoólicas	2 (4,8%)	0 (0,0%)
Análises	1 (4,7%)	1 (3,6%)
Medicação	0 (0,0%)	1 (3,6%)
Cuidados de higiene	0 (0,0%)	0 (0,0%)

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em consideração o pouco conhecimento sobre não adesão nos doentes transplantados em Portugal pretendeu-se com este estudo avaliar os comportamentos de não adesão à terapêutica entre os doentes transplantados hepáticos e renais no nosso país e adicionalmente identificar os fatores associados a esse comportamento. Este estudo teve também o objetivo de analisar a existência de diferenças no padrão de adesão entre estes dois tipos de transplante.

Os resultados obtidos revelam que existem nos doentes transplantados renais e hepáticos comportamentos de não adesão aos medicamentos prescritos e dificuldades no cumprimento de outras indicações terapêuticas como a dieta ou o exercício físico.

No que concerne à adesão aos medicamentos prescritos 44% dos doentes inquiridos na amostra em estudo referiram já ter tido um comportamento de não adesão. Estes resultados parecem elevados quando comparados com os que foram obtidos noutros estudos sobre adesão nos transplantados renais aplicados ao contexto português. Barros e Cabrita (2000), através da realização de seis entrevistas a 113 transplantados renais portugueses, obtiveram uma taxa de não adesão de 16,8%. No entanto, nesse estudo a medida de não adesão foi a existência de pelo menos dois comportamentos de não adesão no mês anterior. Quando na presente análise se mediu a não adesão no mês anterior o valor obtido foi de 9,3%.

Já Sequeira et al. (2009), no estudo efetuado para medir o grau de adesão de transplantados renais a dois imunossuppressores diferentes, encontraram um grau de não adesão de 22,4% (medido através de quatro métodos). Neste último estudo os resultados obtidos pelo auto-relato revelam um grau de não adesão aos dois imunossuppressores, bastante mais reduzido (6,5% e 5,6%). No entanto, este estudo foi efetuado com uma amostra reduzida (n=49), bastante controlada, só com transplantados renais que faziam os imunossuppressores em estudo, pelo que os resultados do auto-relato podem ter sido condicionados por este facto. Estes resultados estão em oposição aos resultados da maioria dos estudos revistos em que a não adesão, medida através do auto-relato, apresenta sempre valores superiores aos valores obtidos através de outros métodos.

Na análise aos níveis de não adesão encontrados na amostra em estudo queremos ainda referir valores obtidos por Cabral e Silva (2010) no estudo sobre não adesão terapêutica na população portuguesa. Embora não sendo específico sobre determinada doença ou tipo de medicamentos, os autores deste estudo verificaram que dois terços dos doentes assumiram ter deixado de tomar algum medicamento, tal como lhes foi prescrito, o que na prática traduz uma não adesão superior a 65%, valor superior ao obtido no presente estudo.

A nível internacional a literatura também revela resultados muito díspares no que concerne aos graus de não adesão nos doentes transplantados. Se nos reportarmos a revisões sistemáticas da literatura e meta análises, os valores situam-se para a generalidade dos transplantados entre os 20% e os 25% (Prasad et al., 2005; Telles-Correia et al., 2007; Dew et al., 2007; Fine et al., 2009; Pinsky et al., 2009) e em 35% no caso específico dos doentes transplantados renais (Dew et al., 2007; KDIGO, 2009).

O método de avaliação influencia os resultados e por esse prisma as taxas de não adesão podem variar dependendo do tipo de avaliação efetuada (Osterberg e Blaschke, 2005; Prendergast e Gaston, 2010). Se nos reportarmos aos resultados de estudos que aplicaram questionários verificamos que numa revisão sistemática da literatura efetuada por Butler et al. (2004^a) ao reverem 15 estudos, em que foi medida a não adesão através do auto-relato, encontraram taxas de não adesão que variaram entre os 18% e os 26%, mas Prasad et al. (2005), com base numa revisão da literatura, concluem que o grau de não adesão obtido através do auto-relato é extremamente variável, podendo situar-se entre os 2% e os 57%.

Germani et al. (2011), ao avaliarem o grau de não adesão em vários tipos de transplante, encontraram taxas para transplantados hepáticos e renais de 37,9% e 38,8% respetivamente. Do mesmo modo, num estudo sueco efetuado a transplantados renais (Lennerling e Forsberg, 2012) verificou-se um grau de não adesão de 54%.

Foi também através do auto-relato que Morales et al. (2011), em Espanha, analisaram a não adesão em transplantados hepáticos e renais obtendo graus de não adesão respetivamente de 7,4% para os renais e de 11,5% para os hepáticos. No presente estudo, e apesar de não apresentar significância estatística, os transplantados hepáticos apresentaram menor adesão quando comparados com os transplantados renais (51,1% vs 33,3%).

Os resultados desta abordagem exploratória indicam a existência de uma prevalência elevada de comportamentos de não adesão aos medicamentos nos doentes transplantados renais e hepáticos na amostra em estudo, ainda que dentro dos valores encontrados noutros estudos, obtidos com o método do auto-relato. Embora estejamos apenas a avaliar um comportamento de não adesão ocasional estes resultados são preocupantes tendo em consideração as reduzidas margens terapêuticas dos imunossuppressores e o aumento da probabilidade de rejeição do enxerto. Se considerarmos que o transplante é uma medida de recurso, quando outras opções terapêuticas já não são viáveis, os comportamentos de não adesão são não só preocupantes como também surpreendentes e claramente indicam que existe ainda um vasto trabalho a ser feito nesta área.

Indicações dos profissionais de saúde

A adesão à terapêutica, tal como já foi referido, é um conceito abrangente onde também estão incluídas as indicações transmitidas pelos vários profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados.

Neste estudo as indicações que os doentes consideraram mais difíceis de cumprir foram a dieta, o exercício e a cessação tabágica. Estes comportamentos foram também identificados na literatura revista como sendo as indicações sujeitas a uma menor adesão (Prasard et al., 2005; Dew et al., 2007; Fine et al., 2009; KDIGO, 2009). Este resultado é preocupante porque o não cumprimento destes fatores também se enquadra dentro dos fatores preditivos de morbilidade e mortalidade entre os transplantados.

O cumprimento da dieta no nosso estudo constituiu uma dificuldade para 28% dos doentes. O documento produzido pela KDIGO (2009) e DEW et al. (2007) referem taxas de não adesão a este tipo de indicação de 25%. A dificuldade em cumprir esta indicação é maior nos transplantados hepáticos (36,4%) talvez por estes doentes, normalmente, terem uma maior descompensação do seu estado geral antes do transplante e após o mesmo poderem ter uma maior tendência para recuperar os hábitos alimentares antigos. Por sua vez os doentes transplantados renais, anteriormente ao transplante já estavam sujeitos a um regime alimentar inerente à sua insuficiência renal pelo que o cumprimento de regras nesta área já estava integrado nos seus comportamentos diários.

A falta de adesão à dieta prescrita pode originar desequilíbrio metabólico e mais frequentemente obesidade que, conjuntamente com diabetogénese associada à imunossupressão, concorrem para o aparecimento de diabetes, aumentando assim o risco de cormobilidades. O incremento nos programas de transplantação de ações formativas para doentes e familiares, com a intervenção

efetiva da equipa de dietética hospitalar, poderá constituir uma mais-valia na minimização deste problema.

A falta de exercício físico, tal como na população em geral, está associada ao aparecimento de complicações cardiovasculares (Telles-Correia, 2006). DEW et al. (2007) identificaram taxas de não adesão ao exercício de 19,1% enquanto no nosso estudo 33,3% dos doentes refere ter dificuldades no seu cumprimento. Esta diferença de valores poderá estar relacionada com o facto de o exercício físico não ser uma prática comum na população portuguesa contrariamente ao que acontece noutros países. Apesar de ser uma prática aconselhada, muitos dos doentes não apresentam esse hábito antes do transplante e depois do transplante permanecem com dificuldade em alterar as suas rotinas.

No presente estudo foram os transplantados renais os que mais identificaram as dificuldades no cumprimento do exercício físico (39,3%). Este facto pode estar relacionado com a idade (média de idades superior à dos transplantados hepáticos) e com a presença de mais comorbilidades, prévias ao transplante. Pela análise destes resultados, quando o doente tem alta clínica, a par das prescrições de medicamentos, deve ser prescrito um programa de exercício físico personalizado e deve ser monitorizada a sua execução durante o *follow up*.

Embora a investigação sobre adesão à terapêutica incida maioritariamente sobre os medicamentos, os resultados deste estudo revelam que deve ser dada mais atenção a outros aspetos da terapêutica que, por vezes, são tão importantes como os medicamentos na obtenção de resultados em saúde. A monitorização de indicadores como a resistência a esforços, o índice de massa corporal e o doseamento sanguíneo de substâncias aditivas poderá constituir uma forma de medir a adesão dos doentes às indicações dos profissionais e avaliar a adesão terapêutica de forma mais abrangente.

Associação entre potenciais fatores de risco e comportamentos de não adesão

A existência de fatores associados a comportamentos de não adesão, já identificados na literatura, possibilitou que os incluíssemos no questionário e permite agora que comparemos os resultados obtidos neste estudo com os observados na literatura revista.

Fatores relacionados com o doente

Quando correlacionamos a idade com a medida de adesão verificamos que há uma associação negativa entre a idade e não adesão, o que é corroborado por vários estudos em que a não adesão é

associada com idades mais jovens (Telles-Correia et al., 2007; KDIGO, 2009; Silva et al., 2009). Verificámos que os doentes com comportamentos de não adesão apresentam uma média de idades mais baixa (44,45 anos) que a dos doentes aderentes (51,33 anos). Este resultado além de estar em acordo com os estudos anteriormente referidos, também pode estar relacionado com a atividade dos doentes. Na apresentação dos resultados tínhamos verificado que os doentes ativos eram os menos aderentes e que apresentavam uma média de idades bastante mais baixa (43,46 anos) que a dos doentes sem atividade (53,56 anos).

Neste estudo foi reconhecida ainda uma diferença estatisticamente significativa entre a idade nos transplantados hepáticos (45,96 anos) e transplantados renais (51,83 anos), corroborando os resultados expressos noutros estudos e os dados nacionais, em que a idade dos transplantados hepáticos é sistematicamente inferior à dos transplantados renais.

Perante os resultados obtidos colocam-se algumas questões. Será necessário os doentes transplantados usufruírem de acompanhamento específico para prevenção da não adesão quando são ativos e mais jovens?

O género não revelou uma associação estatisticamente significativa com a medida de não adesão. Os estudos já efetuados não são consensuais sobre a influência do género na adesão à terapêutica. No entanto, verificamos que, independentemente do tipo de transplante, há mais homens a serem submetidos a transplantes que mulheres, tal como foi verificado nos estudos revistos na literatura (Barros e Cabrita, 2000; OMS, 2003; Butler et al., 2004; Rosenberger et al., 2005; Ichimaru, 2008; Morales et al., 2011; Lennerling e Forsberg, 2012). Estes dados estão em consonância com os dados obtidos para Portugal, entre 1980 e 2010, em que da totalidade de doentes submetidos a transplante renal, 58,4% foram do sexo masculino (SPT, 2011). Relativamente ao transplante hepático, no centro onde foi efetuada a colheita de dados, entre 1992 e novembro de 2011, 66,2% dos transplantados hepáticos eram homens (CHBPT, 2011).

O nível educacional é um dos fatores mais discutidos como estando associado à não adesão em ambos os tipos de transplante. Neste estudo o nível de ensino revelou estar associado à não adesão terapêutica, havendo uma tendência para a não adesão ser mais elevada nos níveis educacionais superiores (escolaridade secundária e ensino superior). Este facto pode estar relacionado com o nível educacional mas também, e indiretamente, com o tipo de profissão e disponibilidade para cumprir os horários das administrações, pois é principalmente com este nível de ensino que os doentes mantêm alguma atividade profissional após o transplante.

Quando nos estudos revistos o nível educacional foi associado à não adesão a maioria dos resultados indicaram que eram os doentes com níveis educacionais considerados mais baixos os que apresentavam menor adesão (KDIGO, 2009; Fine et al., 2009; Gordon et al., 2010). Apenas o estudo de Dobbles et al. (2005) identificou os níveis educacionais mais elevados como os menos aderentes, como também se verificou na presente análise.

O resultado patente neste estudo pode ser o reflexo de um maior investimento educacional das equipas de saúde em doentes aparentemente com maiores dificuldades, como os analfabetos e com ensino básico (maioritários na amostra em estudo). Os profissionais de saúde pressupõem que doentes com nível educacional mais elevado compreendem melhor as suas indicações e como tal talvez não lhes dispensem a mesma atenção. Perante os resultados obtidos consideramos importante rever as estratégias das equipas de saúde face aos doentes com nível educacional mais elevado relativamente à adesão ao regime terapêutico.

A ocupação/situação profissional, indicada por alguns autores como um fator que influencia a adesão terapêutica dos doentes, também foi analisada neste estudo. Contrariamente a outros resultados, em que os doentes reformados ou desempregados eram prevalentes (Morales et al., 2011; Barros e Cabrita, 2000), na amostra em estudo os doentes são maioritariamente ativos (trabalham ou estudam).

Ao correlacionarmos a ocupação com a não adesão verificámos que são os doentes profissionalmente ativos ou que estudam, aqueles que apresentam menor grau de adesão. Este resultado não coincide com resultados obtidos noutros estudos (Morales et al. 2011; OMS, 2003), em que são os doentes desempregados os que apresentam maioritariamente esse problema (Dobbles et al., 2005). Estes resultados levantam algumas questões nomeadamente se haverá diferenças significativas entre as condições de trabalho dos transplantados portugueses comparativamente com os transplantados de outros países ou se o tempo despendido na deslocação ao local de trabalho constitui uma condicionante na disponibilidade dos doentes para cumprir as indicações terapêuticas.

Por outro lado e se considerarmos que o objetivo máximo das equipas de saúde passa pela reintegração plena dos doentes no meio sócio familiar, os doentes deste estudo comparativamente com os doentes dos estudos revistos na literatura são os que mais se aproximam da reintegração profissional, pois maioritariamente estudam ou trabalham.

Fatores relacionado com a condição

Em relação ao tempo de transplante, na amostra em estudo 46,7% dos doentes têm mais de cinco anos de transplante e esse facto apresenta uma associação estatisticamente significativa com a não adesão. Este resultado vem de encontro ao verificado por Greenstein e Siegal (1999) em que a não adesão aumenta na razão direta do tempo de transplante.

Para este resultado, pode contribuir o facto de os doentes se tornarem menos cuidadosos à medida que o tempo pós transplante passa (acham que a rejeição já não é um resultado esperado), independentemente do tipo de transplante a que foram submetidos. Deste resultado podemos tirar algumas ilações nomeadamente, se não será útil que os doentes com mais tempo de transplante tenham um *follow up* orientado para monitorizar este problema específico, diminuindo assim o risco de não adesão em doentes submetidos a transplante há mais tempo.

Fatores relacionados com a terapêutica

O número de medicamentos que os doentes tomam por dia e o número de administrações diárias de terapêutica, são fatores identificados por vários estudos como preditivos de não adesão (Kory, 1999; Prasad et al 2005; Ashish, 2005; Rosenberg, 2005; Fine et al., 2009; Morales, 2011; Valentine, 2011). No entanto, neste estudo e apesar da associação entre número de medicamentos/dia e não adesão ter significância estatística, o resultado é contrário ao que seria esperado e ao que é descrito na literatura, pois são os doentes que tomam menos comprimidos por dia os menos aderentes.

A associação com o número de administrações de terapêutica por dia não foi estatisticamente significativa para os níveis de significância considerados. Simultaneamente apurámos que a maioria dos doentes não aderentes fazia três administrações de medicamentos por dia (39,4%). O facto de verificarmos que eram os doentes com três administrações diárias os que revelavam menor adesão levou-nos a questionar se esse facto não estaria associado com a relação verificada entre não adesão e ocupação profissional. Tendo em consideração que a maioria dos doentes que trabalham ou estudam (38,5%) têm um regime terapêutico com três tomas diárias, consideramos que este facto pode contribuir para reduzir a adesão nos doentes ativos, que podem ter uma menor disponibilidade em termos de horário laboral para o cumprimento de todas as administrações de medicamentos. Poderá ser importante adequar o número de administrações de medicamentos por dia ao horário laboral dos doentes de forma a tornar esta relação mais compatível com a sua atividade.

Estes resultados são corroborados pelo auto-relato dos doentes deste estudo em que identificam os horários como um dos fatores que mais dificulta a adesão à terapêutica sendo este mais expressivo nos transplantados hepáticos.

Os efeitos secundários da medicação, segundo os resultados de alguns estudos, são fatores com forte influência na adesão dos doentes (Barros e Cabrita, 2000; Chapman, 2005; Prasad et al 2005; Rosenberg et al., 2005; Osterberg e Blaschke, 2005; KDIGO, 2009; Valentine et al., 2011). No entanto, na nossa amostra, além de não ter sido significativa a associação com a medida de não adesão, o desconforto com a medicação está ausente, em ambos os tipos de transplante, em mais de 85% dos doentes. Apesar destes resultados, este fator é um dos mais apontados pelos doentes como dificuldade na adesão terapêutica. O facto de serem os transplantados hepáticos a manifestar, em maior número, esta dificuldade poderá estar relacionado com a existência na amostra em análise de 17 doentes com Paramiloidose (doença que tem associadas graves alterações gastro intestinais com consequente intolerância à medicação). Seria também expectável que os transplantados renais referissem mais este problema, uma vez que são quem ingere maior número de comprimidos por dia.

Fatores relacionados com o sistema de prestação de cuidados

Relativamente à facilidade de acesso aos serviços de saúde não se observou associação estatisticamente significativa entre esta variável e a não adesão. No entanto, no questionário os doentes consideraram o acesso à farmácia do hospital como um dos fatores que mais dificulta a adesão terapêutica.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde a dificuldade na deslocação ao hospital apresenta uma diferença estatisticamente significativa nos dois grupos sendo maior para os transplantados hepáticos (75% vs. 25%). Esta diferença poderá estar relacionada com o facto de existirem menos centros de transplantação hepática que renal. Os centros de transplante hepático com maior atividade situam-se em Lisboa e no Porto pelo que os doentes das restantes regiões do país têm que percorrer longas distâncias, associados a elevados custos para terem apoio especializado e acesso aos medicamentos (imunossupressores). Este tipo de problema foi também referido por outros autores como Denhaerynck (2006) e Gordon et al. (2009).

A resolução deste problema poderá passar pela descentralização do apoio a estes doentes os quais podem ser seguidos na sua região de residência. O centro de transplantação deveria ser apenas utilizado em situações mais complexas que exigissem maior diferenciação de conhecimentos e maior

capacidade técnica para a resolução dos mesmos, podendo para este efeito ser utilizados os meios informáticos atualmente disponíveis. Adicionalmente a disponibilização dos imunossuppressores através das farmácias dos hospitais distritais poderia evitar algumas deslocações dos doentes com todos os custos que lhe estão associados.

Nos fatores reportados pelos doentes como dificultando a sua adesão verificou-se que o custo dos medicamentos foi um dos que apresentou maior número de respostas. Apesar de ser referido em ambos os tipos de transplante, apresenta diferenças entre eles. Proporcionalmente, são os transplantados hepáticos os que sentem mais esta dificuldade. Pensamos que a razão de tal diferença se prende com a proteção legal que os insuficientes renais possuem, em que a maioria dos medicamentos, para além dos imunossuppressores, lhes é dispensada gratuitamente nas farmácias hospitalares enquanto nos doentes transplantados hepáticos, só os portadores de paramiloidose possuem acesso gratuito aos restantes medicamentos.

Para além dos fatores acima identificados, os doentes quando questionados sobre os aspetos que mais dificultavam a adesão à terapêutica, referiram também aspetos como o esquecimento e o não ter compreendido a necessidade de tomar os medicamentos.

Estratégia para melhorar a adesão à terapêutica

Com a finalidade de evitar o esquecimento de tomar os medicamentos, os doentes utilizam várias estratégias, algumas das quais já identificadas na literatura (Kory, 1999; Osterberg e Blaschke, 2005; Gordon et al., 2009). Na presente análise verificámos que os transplantados recorrem preferencialmente à utilização dos alarmes de telemóveis e relógios (32%). Noutros estudos foram identificados outros métodos preferenciais como é o caso da colocação dos medicamentos em locais estratégicos (Kory, 1999) ou a utilização do cronograma ou mapa de medicação (Gordon et al., 2009). O facto de esta questão ter sido, neste estudo, de resposta aberta permitiu identificar estratégias que ainda não tinham sido referidas na literatura, como é o caso da utilização do telemóvel. A utilização de alarmes de relógios e de telemóveis parece ser uma forma prática e de acordo com os estilos de vida atuais.

Apesar da utilização de métodos para evitar comportamentos de não adesão não ser totalmente eficaz, consideramos que a utilização de estratégias, sejam os alarmes de telemóveis e relógios, caixas organizadoras de medicação ou outros deverá ser sempre estimulada contrariamente à ausência de método. O método a utilizar deve ser ajustado com o doente e deve estar de acordo com as suas atividades diárias.

Atitude face à omissão de uma administração de medicamentos

Perante a ocorrência de um esquecimento, os doentes referiram a atitude que habitualmente adotam. No caso dos doentes em estudo as atitudes mais frequentes foram tomar os medicamentos assim que se lembram (16%) ou tomar normalmente os medicamentos na administração seguinte (13,33%). Considerámos que tinha interesse saber se esses comportamentos estavam de acordo com as indicações dos profissionais que trabalham no centro onde se realizou o estudo. Estes comportamentos refletem de certa forma a falta de adesão às indicações dos profissionais, pois neste centro os doentes têm indicação para telefonar para a Unidade de Transplantação, sempre que lhes acontece alguma intercorrência. Na amostra em estudo só 8% dos doentes refere essa atitude. Verificámos ainda, que 56% dos doentes tinham tido alguma atitude face ao esquecimento de tomar os medicamentos o que implicitamente nos leva a pensar que a taxa de não adesão encontrada (44%) pode ser mais elevada e atingir valores próximos dos 56%.

Motivação para cumprir as indicações dos profissionais de saúde

Outro dos aspetos analisados neste estudo foi a identificação do que motiva os doentes a cumprir a medicação prescrita e as indicações dos profissionais de saúde. Da análise efetuada às respostas dos inquiridos verificámos que os fatores que mais os motivam são aqueles que se prendem com a qualidade de vida e com a vontade intrínseca que cada pessoa tem de viver (34,18%). Um doente quando é confrontado com a necessidade de um transplante de órgãos espera em primeiro lugar sobreviver e posteriormente recuperar as capacidades perdidas em consequência de doenças prolongadas e incapacitantes. Os doentes transplantados valorizam a vida e a qualidade de vida (Catela e Amendoeira, 2010), sentem o transplante como uma segunda oportunidade e isso determina a forma como aderem ao tratamento prescrito. O medo da rejeição manifestado por 13,92% dos doentes tem uma relação direta com o medo de perder a sua qualidade de vida e no limite a sua própria vida.

A referência a medidas educativas constituiu 26,58% da totalidade das referências efetuadas. Este aspeto está diretamente relacionado com a intervenção das equipas de saúde durante a prestação de cuidados a estes doentes. Nos programas de promoção da adesão terapêutica a introdução de intervenções educativas são fundamentais (Telles-Correia et al., 2006; Pinsky et al., 2009; Germani et al., 2011; Berben, 2011). O facto de o doente ser instruído para o auto cuidado e apoiado socialmente (OMS, 2003) capacita-o para superar as dificuldades e motiva-o para o cumprimento das indicações que são fundamentais para a manutenção da qualidade de vida.

A qualidade da relação estabelecida em todo o processo terapêutico entre doentes e profissionais de saúde pode constituir uma parte importante na resolução da não adesão e foi considerada importante para 11,39% dos doentes inquiridos neste estudo. Burden (2011) refere que a não adesão pode aumentar 19% em função da má relação do doente com o seu médico e Joyce-Moniz e Barros (2005), citados por Cabral e Silva (2010), afirmam que este aspeto está no centro da problemática da adesão e que a construção de estratégias para reduzir o problema deve estar cimentada nesta relação. O acompanhamento e supervisão dos profissionais de saúde das equipas de transplante, por técnicos especializados no desenvolvimento de competências relacionais, podem ser parte da solução deste problema, que nalgumas situações se resume a dificuldades de comunicação entre profissionais e doentes.

Por último, gostaríamos de referir que, em resultado da revisão da literatura efetuada, foi notória a existência de mais trabalhos sobre adesão em transplantados renais do que com transplantados hepáticos. Talvez a explicação para o facto resida no impacto financeiro para os sistemas de saúde das consequências da não adesão nos transplantados renais. O retorno às técnicas depurativas utilizadas em alternativa aquando da perda da função do enxerto renal, tal como já foi referido anteriormente implica custos elevados, enquanto no caso do transplante hepático ainda não existe alternativa eficaz a longo prazo, pelo que pode ser menos sentida a necessidade de fazer comparações, nomeadamente a nível económico. No entanto, os resultados deste estudo revelam que deve ser dada igual importância à não adesão nos transplantados hepáticos.

5.1 - Limitações do estudo

Todos os investigadores têm por objetivo conseguir o estudo perfeito, com a amostra mais adequada, os resultados mais exatos, a possibilidade de extrapolar os seus resultados a populações de grandes dimensões e que o seu estudo possa contribuir para resolver o problema em análise. Apesar desses objetivos a existência de limitações é transversal a todos os estudos e é da responsabilidade do investigador a sua identificação e divulgação para correção em estudos futuros.

Neste estudo também foram encontradas várias limitações a nível metodológico. As dimensões da amostra e o instrumento de colheita de dados constituem os fatores que mais limitações induziram nesta análise.

O facto de termos uma amostra de dimensões reduzidas condicionou a análise estatística e a análise por subgrupo de doentes – transplantados renais e hepáticos. Na maioria dos estudos revistos as amostras tinham dimensões bastante superiores. Podemos por este facto estar na presença de um erro aleatório, pela reduzida dimensão da amostra.

O tipo de transplante pode estar a mascarar algumas associações, pois segundo Dew et al. (2009) na meta análise efetuada, apesar de não ter sido encontrada diferença estatisticamente significativa na adesão global, encontraram variações nas taxas de não adesão a diversos fatores considerados de risco, associadas ao tipo de transplante.

A reduzida dimensão da amostra provavelmente também esteve na origem da ausência de associação estatisticamente significativa entre alguns fatores, já amplamente estudados a nível internacional, com a medida de não adesão.

O facto de ser um estudo transversal permite identificar associações mas não causalidade da não adesão entre os doentes. Apesar deste tipo de estudo ser muito útil na avaliação de necessidades de cuidados de saúde, a ausência de metodologia padrão pode originar resultados falseados na avaliação de alguns indicadores de saúde como é o caso das taxas de morbilidade e de utilização (Beaglehole et al., 2003).

Este tipo de estudo também só permite avaliar a não adesão num período de tempo específico e não de forma frequente e persistente, mas apesar da existência desta limitação, medir a não adesão episódica é de extrema relevância se tivermos em atenção as estreitas margens terapêuticas.

A utilização de um questionário para a recolha dos dados pode também ter originado algum viés no estudo. Os inquiridos têm muitas vezes tendência a responder aquilo que é socialmente aceite (Prendergast e Gaston, 2010). No entanto, no questionário as perguntas foram colocadas de modo a que o doente não se sentisse descriminado por ter tido um comportamento de não adesão, e pela frequência de respostas de não adesão não parece ter existido um elevado condicionalismo nas mesmas.

Por outro lado como se trata de relatar factos passados, os doentes podem ter tido falhas de memória ao responder e assim dar origem a um viés de memória.

O local de aplicação do questionário é também condicionante das respostas dadas. Butler et al. (2004^c) reforçam a grande importância da utilização do auto-relato para identificar a não adesão, em particular através da entrevista, mas consideram muito importante que a mesma seja efetuada fora do meio hospitalar. Por limitações económicas e de tempo a aplicação do questionário foi efetuada nas consultas de transplante hepático e renal e no serviço de internamento do centro de transplantação. O facto de neste estudo se ter distribuído o questionário em meio hospitalar teve a vantagem de termos conseguido uma taxa de resposta próxima dos 100% (apenas um questionário foi devolvido sem estar preenchido). No entanto, o facto de o doente estar num espaço físico que não era neutro, e junto dos profissionais de saúde, pode ter condicionado a direção das suas respostas e enviesado o resultado da análise.

O nível de instrução dos doentes inquiridos poderá também constituir uma limitação na aplicação de um questionário. No estudo em análise o nível educacional é considerado baixo (analfabeto ou básico) e esse facto pode influenciar as respostas, traduzindo-se este aspeto em respostas que podem não representar totalmente a opinião do inquirido por incapacidade do mesmo se exprimir.

5.2 - Implicação do estudo para a prática de saúde

Apesar das limitações acima referidas este estudo contribuiu para aumentar o conhecimento sobre a adesão à terapêutica nos doentes transplantados renais e hepáticos. Trata-se de um estudo exploratório pois os estudos já anteriormente efetuados em Portugal cingiram-se essencialmente a avaliar a não adesão aos medicamentos enquanto neste estudo essa avaliação inclui as indicações dos profissionais de saúde. Foi também a primeira vez que se avaliou a não adesão em transplantados hepáticos em Portugal.

Através da avaliação dos resultados pode ser retirada informação fundamental para a instituição de programas educativos de acompanhamento a estes doentes, nomeadamente programas de acompanhamento a nível dietético, de exercício físico e de consumo de substâncias aditivas. Os resultados deste estudo podem ainda contribuir para a tomada de consciência, por parte das equipas de saúde, da necessidade de combinar os esquemas terapêuticos juntamente com os doentes e reduzir, se possível, o número de administrações de medicamentos por dia, nomeadamente com os doentes que trabalham ou estudam.

Com os resultados obtidos sobressai a necessidade de se fazer um acompanhamento mais rigoroso da adesão nos doentes com mais tempo de transplante e de explorar com os doentes os métodos mais adequados e adaptados às suas realidades de forma a melhorar a adesão ao regime terapêutico.

Este estudo pode ainda permitir uma reflexão mais profunda sobre as dificuldades de acesso dos doentes aos serviços de saúde para as consultas de seguimento e acesso aos medicamentos. Neste âmbito deve ser equacionada a utilização de estratégias, como as novas tecnologias, para melhorar a comunicação entre os vários níveis e instituições de saúde, facilitando o *follow up* dos doentes transplantados, evitando as dificuldades de deslocação referidas pelos doentes no acesso aos centros de transplantação, reduzindo os custos inerentes a essas deslocações e rentabilizando a capacidade instalada a nível de cuidados de saúde no território nacional.

Finalmente, com os resultados deste estudo os profissionais de saúde podem perceber quais os aspetos que os doentes mais valorizam na manutenção da adesão ao regime terapêutico, nomeadamente aspetos relacionados com a qualidade de vida e vontade de viver e as medidas educativas ministradas. Introduzir esses aspetos nos programas de consciencialização e sensibilização efetuados aos doentes nos centros de transplantação e introduzir os aspetos relacionais na formação dos profissionais de saúde, na perspetiva dos doentes poderá fazer parte da solução deste problema.

6 - CONCLUSÕES

A não adesão terapêutica nos doentes transplantados portugueses é um problema grave e preditivo do aumento da morbilidade e mortalidade. No entanto, e apesar de ser reconhecida pelos profissionais de saúde, tem sido pouco analisada em Portugal e não é considerada, nas estatísticas oficiais, como causa principal da mortalidade e morbilidade nos doentes transplantados renais e hepáticos em Portugal (ASST, 2011; SPT, 2011; CHBPT, 2011).

Neste estudo, tivemos como objetivo contribuir para aumentar o conhecimento sobre os comportamentos de não adesão nos doentes transplantados hepáticos e renais, estendendo esta análise não só aos medicamentos mas também às indicações dos profissionais de saúde.

Da análise dos resultados obtidos verificámos a existência de pelo menos um comportamento de não adesão a medicamentos em 44% dos inquiridos, e este comportamento está significativamente associado a doentes mais jovens, que estudam ou trabalham e cujas habilitações académicas são ensino secundário ou curso profissional. A não adesão está também diretamente relacionada com o tempo de transplante atingido os valores mais elevados cinco anos após a intervenção. Contrariamente ao que seria esperado, foram os doentes que tomavam menos comprimidos diários (menos de oito) quem revelou menor adesão.

Os doentes inquiridos ao referirem os fatores que consideram dificultar a adesão à terapêutica identificaram o acesso à farmácia, o esquecimento e os custos dos medicamentos como os mais importantes. Para além destes aspetos, os transplantados hepáticos manifestam dificuldade em aceder aos cuidados especializados do centro de transplantação, por ser dispendioso e terem necessidade de percorrer longas distâncias.

As indicações dos profissionais que os doentes reportaram ter mais dificuldades em cumprir foram a dieta, o exercício e a cessação tabágica. A identificação da dificuldade em aderir a outras indicações dadas pelos profissionais de saúde é um contributo importante deste estudo, e que por vezes é negligenciado nos estudos sobre adesão à terapêutica.

No entanto, na análise destes resultados devemos ter sempre em consideração as limitações metodológicas presentes, nomeadamente as que estão associadas à reduzida dimensão da amostra e ao instrumento de colheita de dados utilizado (questionário). Apesar das limitações, os resultados obtidos neste estudo devem ser aprofundados e utilizados pelas equipas de saúde no delinear de estratégias para reduzir a não adesão nos transplantados portugueses.

Para as equipas de saúde, saber quais as indicações que os doentes mais dificuldades têm em cumprir, quais as características pessoais que podem estar associadas a esses comportamentos e que aspetos os doentes mais valorizam, pode constituir o ponto de partida para a elaboração de medidas educativas e de acompanhamento para os doentes, assim como medidas de formação, nomeadamente a nível relacional, para os profissionais, com o objetivo de melhorar a adesão aos regimes terapêuticos instituídos.

Para a política de saúde a nível nacional, os resultados deste estudo indiciam que seria importante a descentralização do *follow up* destes doentes e a melhoria de acesso aos imunossuppressores e outros medicamentos do plano terapêutico, com o objetivo de reduzir as longas distâncias que os doentes têm, por vezes, de percorrer para aceder aos centros de transplantação e minimizar assim os elevados custos que lhes estão agregados.

Em suma, assegurar a adesão ao tratamento nos doentes transplantados hepáticos e renais, e assim contribuir para a melhoria dos resultados em saúde e utilização eficientes dos recursos existentes, permanece um desafio da saúde pública em Portugal. Por este motivo, é essencial que seja desenvolvida mais investigação nesta área, que permita o desenvolvimento de estratégias efetivas de melhoria da adesão aos medicamentos e a outros comportamentos indicados pelos profissionais de saúde, de modo a contribuir para melhorar a qualidade de vida e os resultados em saúde dos transplantados renais e hepáticos em Portugal.

7 - BIBLIOGRAFIA

AFONSO, A. e NUNES, C. – Estatística e Probabilidades – Aplicações e Soluções em SPSS. 1ª Edição. Lisboa. Escolar Editora. 2011.

ASHISH, A. et al. - Strategies to Enhance Patient Adherence: Making it Simple – [Em linha] **Medscape General Medicine**. 7:4 (março de 2005) [Consult. a 1 maio 2012]. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/498339>

AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO – Doação e Transplantação - Relatórios da Atividade. [Em linha]. 2011. [consult. A 30 de maio 2012]. Disponível em: <http://www.asst.min-saude.pt/transplantacao/Paginas/RelatoriosActividade.aspx>

BAKER, R. et al. - Clinical Practice Guidelines Post-operative Care of the Kidney Transplant Recipient – Final Version, (fevereiro de 2011). [Em linha] **The Renal Association**. [Consult. a 23 novembro 2011]. Disponível em: <http://www.renal.org/clinical/guidelinessection/Post-operative-Care-Kidney-Transplant-Recipient.aspx>

BALKRISHNAN, R. - Predictors of medication adherence in the elderly. [Em linha]. **Clinical Therapeutics**. 20:4 (agosto de 1998). 764-771. [Consult. a 12 de fevereiro 2012]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149291898801392>

BARROS, C. e CABRITA, J. - Noncompliance with immunosuppressive therapy- Prevalence and determinants. **Transplantation Proceedings**. 32. (2000). 2633.

BEAGLEHOLE, R. et al. – Epidemiologia básica. 1ª Edição portuguesa. Lisboa. Escola Nacional de saúde pública. 2003.

BERBEN, Lut – Taking a broader perspective on medication adherence: the importance of system factors. [Em linha]. Faculdade de Medicina da Universidade de Basel. 2011. Tese de doutoramento. [Consult. a 1 de maio 2012]. Disponível em: <http://edoc.unibas.ch/1388/>

BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. -. Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. [Em linha]. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência: Faculdade de Medicina de Lisboa. [Consult. a 13 de março de 2011]. (2004). 116. Disponível em: http://www1.ratiopharm.com/apps/temodule_dokumentencenter/index.cfm?fuseaction=output.file_download&dlfitoken=0224500374393&lid=93

BUTLER, Janet A. et al. (2004^a) - Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review. [Em linha] **Transplantation**. 77: 5 (março, 2004) 769-776. [Consult. a 24 de novembro 2011]. Disponível em: http://journals.lww.com/transplantjournal/Abstract/2004/03150/Frequency_and_impact_of_nonadherence_to.25.aspx

BUTLER, Janet A. et al. (2004^b) - Modifiable risk factors for non-adherence to immunosuppressants in renal transplant recipients: a cross-sectional study. [Em linha] **Nephrol. Dial. Transplant**. 19:12 (outubro, 2004) 3144-3149. [Consult. a 24 novembro 2011]. Disponível em: <http://ndt.oxfordjournals.org/content/19/12/3144>

BUTLER, Janet A. et al. (2004^c) - Measuring compliance with drug regimens after renal transplantation: comparison of self-report and clinician rating with electronic monitoring. [Em linha] **Transplantation**, 77:5 (março, 2004), 786-789. [Consult. a 25 de Abril 2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

CABRAL, Manuel Villaverde; SILVA, Pedro Alcântara. - A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. In Simposium da Associação Portuguesa da Indústria Portuguesa – APIFARMA. Lisboa, Centro Cultural de Belém, 19 de março de 2010. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2010.

CATELA, A.; AMENDOEIRA, J.; - Viver a Adesão ao Regime Terapêutico. **Pensar Enfermagem**. 14:2. (2º semestre de 2010). 39-54.

CENTRO HEPATO-BÍLIO-PANCREÁTICO E DE TRANSPLANTAÇÃO - 19 Anos de Transplantação Hepática - Casuística e Resultados. Lisboa. 2011.

CHAPMAN, J. - Compliance: the patient, the doctor, and the medication? [Em linha]. **Transplantation**. 77:5 (março de 2005). 782-786. [Consult. a 8 janeiro 2012]. Disponível em:

[http://journals.lww.com/transplantjournal/Abstract/2004/03150/Compliance the patient, the doctor, and the.28.aspx](http://journals.lww.com/transplantjournal/Abstract/2004/03150/Compliance_the_patient,_the_doc_tor,_and_the.28.aspx)

DEW et al. – Rates and Risk Factors for Nonadherence to the Medical Regimen After Adult Solid Organ Transplantation. **Transplantation**. 83: 7 (April 2007) 858-873.

DENHAERYNCK, Kris - Exploring risk factors of non-adherence to immunosuppressive medication in kidney transplant recipients: improving methodology & reorienting research goals. [Em linha]. Faculdade de Ciências da Universidade de Basel. 2006. Tese de doutoramento. Disponível em: http://edoc.unibas.ch/573/1/DissB_7568.pdf

DOBBLES et al. - Pretransplant Predictors of Posttransplant Adherence and Clinical Outcome: An Evidence Base for Pretransplant Psychosocial Screening.[Em linha]. **Transplantation**. 87:10. (maio de 2007). 1497-1504. [Consult. a 24 de novembro 2011]. Disponível em: [http://journals.lww.com/transplantjournal/Abstract/2009/05270/Pretransplant Predictors of Posttransplant.11.aspx](http://journals.lww.com/transplantjournal/Abstract/2009/05270/Pretransplant_Predictors_of_Posttransplant.11.aspx)

DOBBLES, F. et al. - Prevalence and correlates of self-reported pretransplant nonadherence with medication in heart, liver, and lung transplant candidates. [Em linha] **Transplantation**. 79:11. (2005). 1588-1595. [Consult. a 7 de janeiro 2012]. Disponível em: [http://journals.lww.com/transplantjournal/Abstract/2005/06150/Prevalence and Correlates of Self Reported.19.aspx](http://journals.lww.com/transplantjournal/Abstract/2005/06150/Prevalence_and_Correlates_of_Self_Reported.19.aspx)

DRENT, G. et al. - Symptom experience, nonadherence and quality of life in adult liver transplant recipients. [Em linha]. **Netherlands Journal Medicine**. 67:5. (maio 2009). 161-168. [Consult. a 15 de novembro 2011]. Disponível em: <http://www.transplantatieverpleegkunde.org/getpdf.pdf>.

ELLIS, J. et al. - Suboptimal Statin Adherence and Discontinuation in Primary and Secondary Prevention Populations. [Em linha] **Journal of General Internal Medicine**. 19:6 (junho 2006). 683-645. [Consult. a 12 de fevereiro 2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492382/>

FINE, R. N. et al. - Nonadherence Consensus Conference Summary Report. [Em linha]. **American Journal of Transplantation**. 9. (2009). 35-41. [Consult. a 15 de dezembro 2011]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-6143.2008.02495.x/pdf>

GERMANI, G. et al. - Nonadherent Behaviors After Solid Organ Transplantation. **Transplantation Proceedings**. 43:1. (janeiro 2011). 318-323.

GREENSTEIN, S. e SIEGAL, B. - Odds probabilities of compliance and noncompliance in patients with a functioning renal transplant: A multicenter study. [Em linha]. **Transplantation Proceedings**. 31:1-2 (fevereiro, março de 1999). 280-281. [Consult. a 2 de junho 2012]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0041134598016273>

GRIFFITH, S. - A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines.[Em linha] **British Journal of General Practice**. 40: (1990). 114-116. [Consult. a 12 de fevereiro 2012]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371078/pdf/brigenprac00082-0026.pdf>

GORDON, E. et al. - Disparities in Kidney Transplant Outcomes: A Review. [Em linha]. **NIH Public Access**. (Jan 2010) [Consult. a 12 de dezembro 2011]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2818243/>

GORDON, E. et al. - Medication-taking among adult renal transplant recipients: barriers and strategies. **Transplant International**. (Mar. 2009). 534-545.

HAYNES, R. et al. - Can Simple Clinical Measurements Detect Patient Noncompliance? **Hypertension**. 2:6 (Novembro-Dezembro de 1980). 757-764.

HAYNES, R. et al. – Helping Patients Follow Prescribed Treatment. [Em linha]. **The Journal of the American Medical Association**. 288:22. (2002). [Consult. a 1 de maio 2012]. 2880-2883. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/content/288/22/2880.full>

HATHAWAY, D. K. et al. - Patient compliance in transplantation: A report on the perceptions of transplant clinicians. [Em linha]. **Transplantation Proceedings**. 31:4 (Jun. 1999). 10s-13s. [Consult. a 25 de maio 2012]. Disponível em: <http://www.b-on.pt/>

ICHIMARU, N. et al. – Treatment Adherence in Renal Transplant Recipients: A Questionnaire Survey on Immunosuppressants. **Transplantation Proceedings**. 40:5 (Jun. 2008). 1362-1365.

KDIGO, Clinical Practice Guideline for the Care of Kidney Transplant Recipients – Preventing, Detecting, and Treating Nonadherence. **American Journal of Transplantation**. 9:3. 2009.

KLEIN, J.; GONÇALVES, A. - A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. [Em linha]. **PSICO-USF**. 10:2 (Jul. /Dez., 2005). 113-120. [Consult. a 6 de janeiro 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n2/v10n2a02.pdf>

KORY, L. - Nonadherence to immunosuppressive medications - A pilot survey of members of the Transplant Recipients International Organization. [Em linha]. **Transplantation Proceedings**. 31:4 (Jun., 1999). 14s-15s. [Consult. a 6 de março 2011]. Disponível em: <http://www.b-on.pt/>

LENNERLING, A. et FORSBERG, A. - Self-Reported Non-Adherence and Beliefs About Medication in a Swedish Kidney Transplant Population. [Em linha]. **The Open Nursing Journal**. 6 (2012). 41-46. [Consult. a 26 de junho 2012]. Disponível em: <http://benthamscience.com/open/tonursj/articles/V006/41TONURSJ.pdf>

LISSON, G. L. et al. - A Brief Psychological Intervention to Improve Adherence Following Transplantation. [Em linha]. **Annals of Transplantation**. 10:1.(2005). 52-57.[Consult. a 24 de novembro 2011]. Disponível em: <http://www.aef.at/pdf/Psychological%20Intervention%20to%20Improve%20Adherence%20Following%20Transplantation.pdf>

MACHADO, M. Manuela P. - Adesão ao regime terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. [Em linha]. Universidade do Minho. 2009. Dissertação de Tese de Mestrado no âmbito do Mestrado em Educação (especialização em Educação para a Saúde). [Consult. a 26 de novembro de 2011]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/9372>.

MORALES, J.; VARO, E.; LÁZARO, P. – Immunosuppressant treatment adherence, barriers to adherence and quality of life in renal and liver transplant recipients in Spain. **Clinical Transplantation**. 2011.

MOTA, A. e TORRES, A. – Diálise e transplantação renal: custos e financiamento. [Em linha]. In 13ª SIMPÓSIO NACIONAL, 2ª SEMANA APFH. – O doente o desafio de sempre. Santa Maria da Feira. 18 a 21 de novembro de 2009. APFH. 2009. [Consult. a 12 maio 2012]. Disponível em: http://www.apfh.pt/scid/32_book/template.htm

MURRAY, Karen F.; CARITHERS, Robert L. - AASLD Practice Guidelines: Evaluation of the Patient for Liver Transplantation. [Em linha] **HEPATOLOGY**. 41:6. 2005. [Consult. a 28 novembro 2011]. Disponível em: <http://www.aasld.org/practiceguidelines/documents/bookmarked%20practice%20guidelines/liver%20transplant.pdf>

O'CARROLL, Ronan E. et al. - Adherence to medication after liver transplantation in Scotland: A pilot study. **Liver Transplantation**. 12:12. (December 2006). 1862– 1868.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Adherence to Long-Term Therapies - Evidence for action. [Em linha] World Health Organization. 2003. [Consult. a 25 abril 2012]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

OSTERBERG, L. BLASCHKE, T. – Adherence to Medication - review article drug therapy. [Em linha] **The New England Journal of Medicine**. Nº 353 (2005). 487-497.[Consult. a 16 de março 2011]. Disponível em: <http://www.nclnet.org/sosrx/membersonly/sept21/adherenceNEJM08042005.pdf>

PINSKY et al - Transplant outcomes and economic costs associated with patient noncompliance to immunosuppression. **American Journal of Transplantation**. 9:11 (Nov. 2009) 2597-2606.

PRASAD, Shiv A. et al - Therapeutic Compliance Posttransplantation - A Nurse's Perspective. [Em linha] **Medscape Nurses Education**. 2005. [Consult. a 27 novembro. 2011]. Disponível em: <http://www.medscape.org/viewarticle/512906>

PRENDERGAST, M.; GASTON, R. - Optimizing Medication Adherence: An Ongoing Opportunity To Improve Outcomes After Kidney Transplantation. [Em linha]. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**. 5:7 (2010) 1305-1311. [Consult. 13 agosto 2011]. Disponível em: <http://cjasn.asnjournals.org/content/5/7/1305.short>

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. – Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa. Gradiva. 1992.

ROSENBERGER, J. et al. - Prevalence and characteristics of noncompliant behaviour and its risk factors in kidney transplant recipients. [Em linha]. **Transplant International**. 18 (2005) 1072 – 1078. European Society for Organ Transplantation. [Consult. a 26 de novembro 2011]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16101729>

SANTOS, R. et al. – Adesão à Terapêutica em Doentes com Patologia Cardíaca. [Em linha]. **Revista Nursing, versão Portuguesa**. 258. (2010). [Consult. a 13 agosto 2011]. Disponível em:

http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3570:adesao-a-terapeutica-em-doentes-com-patologia-cardiaca&catid=216:julho-a-agosto2010

SCHAFER-KELLER, P. et al. - Diagnostic accuracy of measurement methods to assess non-adherence to immunosuppressive drugs in kidney transplant recipients. [Em linha]. **American Journal of Transplantation** . 8 (2008). 616– 626. [Consult. a 7 de junho. 2012]. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18294158>

SEQUEIRA, C. et al. - Adesão aos imunossuppressores tacrolimus e sirolimus em transplantação renal. [Em linha]. In 13ª SIMPÓSIO NACIONAL, 2ª SEMANA APFH. – O doente o desafio de sempre. Santa Maria da Feira. 18 a 21 de novembro de 2009. APFH. 2009. [Consult. a 12 maio 2012]. Disponível em:

http://www.apfh.pt/scid/32_book/template.htm

SILVA, Danyelle S. et al. - Adesão ao tratamento imunossupressor no transplante renal. [Em linha]. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. 31:2. (Abril- junho de 2009). 139-146. [Consult. a 27 de novembro 2011]. Disponível em:

<Http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=595481&indexSearch=ID#refine>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE TRANSPLANTAÇÃO – Registo Português de Transplantação Renal 1980-2010 – Gabinete do registo do rim da SPT. [Em linha]. 2011. [consult. a 30 de maio 2012]. Disponível em: <http://www.spt.pt/>

STILLEY et al – Individual and environmental correlate and predictors of early adherence and outcomes after liver transplantation. [Em linha] **NHI Public Access. Author Manuscript**. 20:1 (março 2010) 58-67. [Consult. a 13 de agosto 2011]. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2858409/>

TELLES-CORREIA, D. et al. – Abordagem Psiquiátrica do Transplante Hepático. **Ata Médica Portuguesa**. Nº19 (2006). 165-180.

TELLES-CORREIA, D. et al. – Adesão nos doentes transplantados. **Ata Médica Portuguesa**. Nº20. (2007). 73-85.

VALENTINE, A. et al. - Is it any wonder they don't take their tablets? [Em linha] In The First European Symposium On Non – Compliance in Transplantation 4-6 February 1999, Hof Bei Salzburg, Austria: **Nheprol Dial Transplant**. 1999. 14: 1809-1825. [Consult. a 24 de novembro 2011]. Disponível em: <http://ndt.oxfordjournals.org/content/14/7/1809.full.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1 - Questionário e consentimento informado

Escola Nacional de Saúde Pública/UNL

VI Mestrado de Gestão de Saúde

Estudo sobre “Adesão à Terapêutica em Doentes Submetidos a Transplante Renal ou Hepático”.

Exmo (a) Senhor(a),

Estamos a desenvolver um estudo sobre a adesão à terapêutica nos doentes transplantados em Portugal. Com este estudo pretende-se avaliar o grau de adesão à terapêutica nos doentes submetidos a transplante renal e hepático, identificar os principais fatores associados à adesão à terapêutica assim como identificar as áreas em que será necessário intervir no sentido de aumentar a adesão à terapêutica e melhorar os resultados em saúde.

Para nos ajudar neste, vínhamos pedir a sua colaboração no preenchimento do questionário que a seguir se apresenta. Caso considere precisar de esclarecimentos adicionais, estamos ao dispor para lhe fornecer todas as informações necessárias.

A sua participação é voluntária e absolutamente confidencial. Todos os dados recolhidos são estritamente confidenciais, segundo o estabelecido na Lei 67/98 de proteção de dados de caráter pessoal. Não será divulgada ou cedida qualquer informação que permita a sua identificação. Todos os registos serão mantidos sob a mais estrita confidencialidade. Só serão registados dados anónimos que serão processados por via eletrónica. Caso deseje participar, deverá assinar o formulário de consentimento informado do doente.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ (nome e apelidos)

Li a informação que me entregaram.

Compreendi as explicações que me forneceram e tive oportunidade de fazer todas as observações e esclarecer todas as dúvidas.

Também compreendo que, em qualquer momento e sem necessidade de dar qualquer explicação, posso anular o consentimento agora dado.

Portanto, declaro que estou satisfeito com a informação recebida.

E nessas condições autorizo a participação no estudo “Adesão à Terapêutica em Doentes Submetidos a Transplante Renal ou Hepático”.

_____, _____, _____, 2012

Assinatura do Investigador

Assinatura do doente

(Fernanda Moreno)

QUESTIONÁRIO

Agradeço desde já a sua disponibilidade e cooperação ao responder a este questionário.

Faça uma **X** na opção que considere correta.

1 - Transplante a que foi submetido?

- ☐ Fígado

- ☐ Rim

Diagnóstico _____ de _____ base

2 - Idade _____

3 - Sexo [Masc.] [Fem.]

Nas perguntas que se seguem assinale com um **X** a opção que representa melhor a sua situação.

4- Escolaridade:

- ☐ Analfabeto

- ☐ Ensino Primário

- ☐ Ensino básico (até ao 9º ano de escolaridade)

- ☐ Ensino Secundário (até ao 12º ano de escolaridade)

- ☐ Curso Profissional

- ☐ Licenciatura

- ☐ Mestrado

- ☐ Doutoramento

5 – Ocupação / Situação Profissional atual.

- ☐ Estudante

- ☐ Desempregado

- ☐ No ativo Profissão _____

- ☐ Reformado

- ☐ Baixa Médica de longa duração.

6 - Vive sozinho ou acompanhado?

- [] Sozinho.

- [] Acompanhado com quem?

- [] Cônjuge

- [] Outros Familiares

- [] Amigos

- [] Outros _____

7 – Tem alguém que o ajuda na preparação da sua terapêutica?

- [] Sim

Quem? _____

- [] Não

8 - Deslocar-se ao Hospital para efetuar análises, exames ou ir a uma consulta é uma dificuldade para si?

- [] Sim

Porquê? _____

- [] Não

9 - Há quanto tempo foi transplantado?

- [] ≥ 6 meses e < 1 ano

- [] ≥ 1 ano e < 3 anos

- [] ≥ 3 anos e < 5 anos

- [] ≥ 5 anos

10 - Quantos comprimidos toma por dia? Assinale com um **X** a opção que representa melhor a sua situação.

- [] Menos de 4

- [] ≥ 4 e < 8

- [] ≥ 8 e < 12

- [] ≥ 12 e < 16

- [] ≥ 16

11 - Quantas vezes, toma a medicação por dia? Assinale com um **X** o número de vezes que melhor representa a sua situação.

- [1]
- [2]
- [3]
- [4]
- [> 4]

12 – Sente algum desconforto ou mau estar quando toma os seus medicamentos?

13 – Antes de ser transplantado, já tomava algum tipo de medicação?

- [] Sim
- [] Não

14 – Sabemos que por vezes as pessoas se esquecem de tomar os seus medicamentos, já alguma vez lhe aconteceu a si?

- [] Sim
- [] Não

15 – Desde que foi transplantado tem tido mais ou menos situações em que se esqueceu de tomar a terapêutica? _____

Porquê? _____

16 – Que método, costuma utilizar para se lembrar de tomar a sua medicação?

17 - No último mês, houve algum dia em que se tenha esquecido de tomar algum medicamento ou que tenha tomado uma dose superior à que está prescrita?

- [] Sim
- [] Não

18 – Na sua opinião quais são os aspetos que lhe provocam maiores dificuldades no cumprimento da terapêutica que lhe foi prescrita. Assinale com uma **X** na seguinte tabela de acordo com a sua importância.

	Muito Importante	Importante	Pouco Importante	Sem influência
Efeitos secundários dos medicamentos				
Número de medicamentos				
Horários				
Achar que já não precisa da medicação				
Não ter compreendido a necessidade de tomar determinado medicamento				
Estar deprimido				
Acesso à farmácia hospitalar do centro de transplantação				
Custo dos medicamentos				
Esquecer-se				
Não ter indicações escritas claras de fácil entendimento				

18.a) -Se referiu os efeitos secundários dos medicamentos como muito importantes ou importantes, descreva-os. _____

18.b) - Se existirem outros fatores que considera muito importantes ou importantes e não foram referidos nesta tabela, descreva-os. _____

19 – Diga qual foi a atitude que tomou quando se esqueceu de tomar algum medicamento?

20 – Quais as indicações dadas pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicóloga, dietista, fisioterapeuta, e outros profissionais de saúde) que no seu dia a dia, tem mais dificuldade em cumprir. Assinale com uma **X** na seguinte tabela de acordo com a sua dificuldade em as cumprir.

	Muita dificuldade	Dificuldade	Pouca dificuldade	Sem dificuldade
Dieta				
Exercício				
Consultas				
Analises				
Medicação				
Cuidados de higiene				
Deixar de fumar				
Deixar de beber bebidas alcoólicas				

20.a) - Se existirem outros aspetos em que tenha tido muita dificuldade ou dificuldade e que não se encontrem referidos na tabela anterior, refira-os _____

21 – Na sua opinião quais são os aspetos que mais contribuem para que os doentes sigam as indicações dos profissionais de saúde e tomem os medicamentos, tal como estão prescritos?

FIM

Obrigado pela atenção dispensada.

ANEXO 2 - Pedido de autorização para a colheita de dados



— 27
2012-01-10

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Escola Nacional de Saúde Pública

Exmo(a). Senhor(a)
Presidente do Conselho de Administração do
Hospital Curry Cabral, EPE

**Assunto: Avaliação da Adesão à terapêutica nos doentes transplantados –
Pedido de colaboração em projecto de investigação**

A discente Fernanda Moreno do VI Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública / Universidade Nova de Lisboa, e enfermeira – chefe na Unidade de Transplantes da Vossa instituição está a realizar, no âmbito do projecto de dissertação de mestrado, um estudo sobre a "Adesão à Terapêutica em Doentes Submetidos a Transplante Renal ou Hepático".

Como evidenciado em diversos estudos já realizados a falta de adesão terapêutica é um factor determinante na morbilidade e mortalidade em doentes transplantados aumentando as necessidades em saúde e consequentemente os custos da mesma. Por estes motivos pretende-se com este estudo avaliar o grau de adesão à terapêutica nos doentes submetidos a transplante renal e hepático, identificar os principais factores associados à não adesão à terapêutica assim como identificar as áreas em que será mais adequado intervir no sentido de reduzir a não adesão.

Para atingir este objectivo solicita-se autorização para aplicar o questionário, como instrumento de colheita de dados, aos doentes transplantados na Vossa instituição e consultar os respectivos processos clínicos, caso seja necessário validar algumas das respostas obtidas no questionário.

HOSPITAL DE CURRY CABRAL, EPE
ADMINISTRAÇÃO

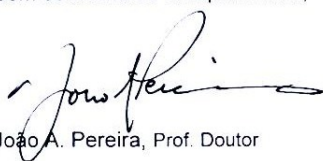
N.º 20

Entrada 12/01/2012

Saída / /

A aplicação do questionário está prevista ser efetuada, entre Janeiro e Abril de 2012, a uma amostra de doentes no serviço de internamento e respectivas consultas, que preencham os critérios de inclusão estabelecidos no projecto de investigação. Para melhor informação, junto se anexa o questionário bem como um resumo da investigação.

Com os melhores cumprimentos,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'João Pereira', with a stylized flourish at the end.

João A. Pereira, Prof. Doutor
Director

ANEXO 3 - Autorização para a colheita de dados



hospital curry cabral, epe
Conselho de Administração

**DE: Paula Luís
Enfermeira Directora**

DATA: 29/02/2012

**PARA: Exma Senhora
Enfª Chefe Fernanda Moreno
Unidade de Transplantes**

N/Ref. 02/2012

ASSUNTO: Autorização para efetuar projeto de investigação do estudo “Adesão à Terapêutica em doentes transplantados”.

Exma. Senhora,

Informa-se V. Exa. que de acordo com parecer favorável da Comissão de Ética, foi autorizado o projeto de investigação em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

A Enfermeira Directora

Paula Luís

ANEXO 4 - Descrição das variáveis em estudo

Descrição das variáveis em estudo

Descrição das variáveis Sociodemográficas

Nome da variável	Descrição	Tipo de escala	Codificação da variável
Transplante	Tipo de transplante	NOMINAL	1=Fígado 2=Rim
Idade	Idade	NÚMERICA	
Sexo	Sexo	NOMINAL	0=Masculino 1=Feminino
niv_ensi	Nível de ensino	ORDINAL	1=Analfabeto a básico 2=Ensino secundário ou curso profissional 3=Licenciatura, mestrado e doutoramento
Vive2	Vive sozinho ou acompanhado	NOMINAL	1=Sozinho 2=Acompanhado
ActivOcupação	Ocupação/Situação Profissional	NOMINAL	1 = "Estudante e ativo" 2 = "Desempregado, reformado e baixa médica"
Deslocação2	Apresenta dificuldade em deslocar-se ao hospital	NOMINAL	1= Não 2= Sim
Deslocação	Razão da dificuldade em deslocar-se ao hospital	NOMINAL	1=Muito longe 2=Muito caro 3=Outros

Descrição das variáveis relativas à condição terapêutica

Nome da variável	Descrição	Tipo de escala	Codificação da variável
Tempotransplante	Tempo de transplante	ORDINAL	1 = "<3 anos" 2 = "≥ 3anos e <5anos" 3 = "≥ 5anos"
Ajudaterapeutica 2	Tem ajuda na preparação da terapêutica	NOMINAL	1=Sim 2=Não
Ajudaterapeutica	Quem ajuda na preparação da terapêutica	NOMINAL	2=cônjuge e família 3=amigos 4=outros
Numerocomp	Quantos comprimidos toma por dia	ORDINAL	1 = "<= 8" 2 = "> 8 e <12" 3 = ">= 12"
Numerotomas	Número de administrações de medicamentos/ dia	ORDINAL	1 = "1 a 2 tomas" 2 = "3 tomas" 3 = "≥ 4"
Desconforto	Desconforto com os medicamentos	NOMINAL	1=Sim 2=Não
Medicamentosantes	Medicamentos antes do transplante	NOMINAL	1=Sim 2=Não

Descrição das variáveis relativas à adesão terapêutica

Nome da variável	Descrição	Tipo de escala	Codificação da variável
Esquecer	Já ter esquecido de tomar medicamentos	NOMINAL	1=Sim 2=Não
Esqueceragora	Esquece-se mais atualmente de tomar medicamentos do que antes de ser transplantado	NOMINAL	1=Mais 2=Igual 3=Menos
Esquecernestemes	Esqueceu-se de tomar medicamentos no último mês	NOMINAL	1=Sim 2=Não
Metodo3	Método para se lembrar de tomar os medicamentos	NOMINAL	1=Com método 2=Sem método
Metodo4	Método utilizado para se lembrar de tomar os medicamentos	NOMINAL	1=Alarmes de telemóvel e relógio 2=Locais e horas certas 3=Nenhum 4=Caixa de medicação 5=Mapa de medicação 6=Tabuleiro 7=Lembrado por familiares 8=Outros
Atitude4	Tomou alguma atitude quando se esqueceu	NOMINAL	1=Sim 2=Não

Descrição das variáveis relativas aos fatores que dificultam a adesão terapêutica

Nome da variável	Descrição	Tipo de escala	Codificação da variável
EfeitosS	Efeitos secundários dos medicamentos	NOMINAL	1 = "Muito Importante e Importante" 2 = "Pouco Importante e sem Influência"
Numeromedicamentos	Número de administrações de medicamentos/dia	NOMINAL	1 = "Muito Importante e Importante" 2 = "Pouco Importante e sem Influência"
Horários	Horários da medicação	NOMINAL	1 = "Muito Importante e Importante" 2 = "Pouco Importante e sem Influência"
AcharNãoPrecisa	Achar que já não precisa de medicação	NOMINAL	1 = "Muito Importante e Importante" 2 = "Pouco Importante e sem Influência"
Nãocompreender	Não ter compreendido a necessidade de tomar determinado medicamento	NOMINAL	1 = "Muito Importante e Importante" 2 = "Pouco Importante e sem Influência"
Deprimido	Estar deprimido	NOMINAL	1 = "Muito Importante e Importante" 2 = "Pouco Importante e sem Influência"
AcessoFarmacia	Acesso à farmácia do centro de transplantação	NOMINAL	1 = "Muito Importante e Importante" 2 = "Pouco Importante e sem Influência"
CustoMedicamentos	Custo dos medicamentos	NOMINAL	1 = "Muito Importante e Importante" 2 = "Pouco Importante e sem Influência"
Esquece	Esquecimento de tomar medicação	NOMINAL	1 = "Muito Importante e Importante" 2 = "Pouco Importante e sem Influência"
NãoTerIndicações	Não ter indicações escritas claras de fácil entendimento	NOMINAL	1 = "Muito Importante e Importante" 2 = "Pouco Importante e sem Influência"

Descrição das variáveis relativas às Indicações dos profissionais de saúde

Nome da variável	Descrição	Tipo de escala	Codificação da variável
dieta2	Dificuldade em cumprir a dieta	NOMINAL	1 = "Muita Dificuldade e Dificuldade" 2 = "Pouca dificuldade e sem Dificuldade"
Exercício	Dificuldade em cumprir as indicações sobre exercício físico	NOMINAL	1 = "Muita Dificuldade e Dificuldade" 2 = "Pouca dificuldade e sem Dificuldade"
Consultas2	Dificuldade em ir às consultas	NOMINAL	1 = "Muita Dificuldade e Dificuldade" 2 = "Pouca dificuldade e sem Dificuldade"
Analises2	Dificuldade em ir fazer análises	NOMINAL	1 = "Muita Dificuldade e Dificuldade" 2 = "Pouca dificuldade e sem Dificuldade"
Medicação2	Dificuldade em cumprir a medicação	NOMINAL	1 = "Muita Dificuldade e Dificuldade" 2 = "Pouca dificuldade e sem Dificuldade"
CuidadosHigiene2	Dificuldade em cumprir as indicações sobre cuidados de higiene	NOMINAL	1 = "Muita Dificuldade e Dificuldade" 2 = "Pouca dificuldade e sem Dificuldade"
DeixarFumar2	Dificuldade em deixar de fumar	NOMINAL	1 = "Muita Dificuldade e Dificuldade" 2 = "Pouca dificuldade e sem Dificuldade"
DeixarBeber2	Dificuldade em deixar de beber bebidas alcoólicas	NOMINAL	1 = "Muita Dificuldade e Dificuldade" 2 = "Pouca dificuldade e sem Dificuldade"

ANEXO 5 – Testes estatísticos

Testes utilizados na avaliação da adesão terapêutica (SPSS)

IDADE

Já se esqueceu de tomar medicamentos*Idade

Group Statistics

Já se esqueceu de tomar medicamentos		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
idade	sim	33	44,45	11,716	2,039
	não	42	51,33	10,036	1,549

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
idade	Equal variances assumed	,703	,405	-2,737	73	,008	-6,879	2,513	-11,888	-1,870
	Equal variances not assumed			-2,686	63,152	,009	-6,879	2,561	-11,996	-1,762

NÍVEL DE ENSINO

Já se esqueceu de tomar medicamentos* Nível Ensino

Mann-Whitney Test

Ranks

Já se esqueceu de tomar medicamentos		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nível Ensino	sim	33	43,23	1426,50
	não	42	33,89	1423,50
	Total	75		

Test Statistics^a

	Nível Ensino
Mann-Whitney U	520,500
Wilcoxon W	1423,500
Z	-1,993
Asymp. Sig. (2-tailed)	,046

a. Grouping Variable: **Já se esqueceu de tomar medicamentos**

OCUPAÇÃO /ATIVIDADE PROFISSIONAL

Já se esqueceu de tomar medicamentos * Ativo ou sem atividade

Crosstab

			Ativo ou sem atividade		Total
			estudante e ativo	desempregado, reformado e baixa médica	
Já se esqueceu de tomar medicamentos	sim	Count	22	11	33
		Expected Count	17,2	15,8	33,0
		% within Já se esqueceu de tomar medicamentos	66,7%	33,3%	100,0%
	não	Count	17	25	42
		Expected Count	21,8	20,2	42,0
		% within Já se esqueceu de tomar medicamentos	40,5%	59,5%	100,0%
Total	Count		39	36	75
	Expected Count		39,0	36,0	75,0
	% within Já se esqueceu de tomar medicamentos		52,0%	48,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,079 ^a	1	,024	,036	,021
Continuity Correction ^b	4,084	1	,043		
Likelihood Ratio	5,151	1	,023		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5,011	1	,025		
N of Valid Cases	75				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,84.

b. Computed only for a 2x2 table

TEMPO DE TRANSPLANTE

Já se esqueceu de tomar medicamentos*Tempo de Transplante

Mann-Whitney Test

Ranks

	Já se esqueceu de tomar medicamentos	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tempo de Transplante	sim	33	44,79	1478,00
	não	42	32,67	1372,00
	Total	75		

Test Statistics^a

	tempo de Transplante
Mann-Whitney U	469,000
Wilcoxon W	1372,000
Z	-2,598
Asymp. Sig. (2-tailed)	,009

a. Grouping Variable: Já se esqueceu de tomar medicamentos

NÚMERO DE COMPRIMIDOS

Já se esqueceu de tomar medicamentos* Número de comprimidos

Mann-Whitney Test

Ranks

Já se esqueceu de tomar medicamentos		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Número de comprimidos	sim	33	31,89	1052,50
	não	42	42,80	1797,50
	Total	75		

	Número de comprimidos
Mann-Whitney U	491,500
Wilcoxon W	1052,500
Z	-2,311
Asymp. Sig. (2-tailed)	,021

Testes utilizados na comparação dos fatores de risco por tipo de transplante (SPSS)

IDADE

Tipo de Transplante* idade Group Statistics

Tipo de Transplante		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Idade	Figado	45	45,96	11,239	1,675
	Rim	30	51,83	10,531	1,923

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Idade	Equal variances assumed	,120	,730	-2,275	73	,026	-5,878	2,584	-11,028	-,728
	Equal variances not assumed			-2,305	65,044	,024	-5,878	2,550	-10,971	-,785

NÚMERO DE COMPRIMIDOS/DIA

Tipo de Transplante* Número de comprimidos

Mann-Whitney Test Ranks

Tipo de Transplante		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Número de comprimidos	Figado	45	32,48	1461,50
	Rim	30	46,28	1388,50
	Total	75		

	Numero de comprimidos
Mann-Whitney U	426,500
Wilcoxon W	1461,500
Z	-2,888
Asymp. Sig. (2-tailed)	,004

MEDICAÇÃO ANTES DO TRANSPLANTE

Tipo de Transplante * Medicamentos antes do transplante

Crosstab

					Medicamentos antes do transplante		Total
					sim	não	
Tipo de Transplante	Fígado	Count			24	21	45
		Expected Count			31,8	13,2	45,0
		% within Tipo de Transplante			53,3%	46,7%	100,0%
	Rim	Count			29	1	30
		Expected Count			21,2	8,8	30,0
		% within Tipo de Transplante			96,7%	3,3%	100,0%
Total		Count			53	22	75
		Expected Count			53,0	22,0	75,0
		% within Tipo de Transplante			70,7%	29,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	16,306 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	14,282	1	,000		
Likelihood Ratio	19,815	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	16,088	1	,000		
N of Valid Cases	75				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,80.

b. Computed only for a 2x2 table